FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina da Bahia

EM 31 DE OUTUBRO DE 1912

PARA SER DEFENDIDA POR

João Caminha de Sá Leitão

Ex-interno do Hospicio S. João de Deus

NATURAL DO ESTADO DO PIAUHY

Filho legitimo do Bac.rel Antonio S. de Sá Leitão e D. Maria C. de Sá Leitão

AFIM DE OBTER O GRÁU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

OS REFLEXOS TENDINOSOS E CUTANEOS NOS ALIENADOS

(Contribuição ao seu estudo clinico)

Cadeira de Clinica psychiatrica e de Molestias nervosas

PROPOSIÇÕES

Trez sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas

BAHIA

Escola Typographica Salesiana

1912

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR—DR. AUGUSTO CEZAR VIANNA
VICE DIRECTOR . . . .
SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

PROFESSORES ORDINARIOS

OS SNRS. DRS.	CADEIRAS
Manoel Agusto Pirajá da Silva .	Historia natural medica
Pedro da Luz Carrascosa. . .	Physica medica
. . . .	Chimica medica
Julio Sergio Palma	Anatomia microscopica
José Carneiro de Campos. . .	Anatomia descriptiva
Pedro Luiz Celestino . . .	Physiologia
Augusto Cesar Vianna . . .	Microbiologia
Antonio Victorio de Araujo Falcão.	Pharmacologia
Guilherme Pereira Rebello . .	Anatomia e Histologia pathologicas
Fortunato Augusto da Silva Junior	Anatomia Medico-cirurgica com operações e apparelhos
Anisio Circumdes de Carvalho .	Clinica medica
Francisco Braulio Pereira . .	« «
João Americo Garcez Fróes . .	« «
Antonio Pacheco Mendes . .	« Cirurgica
Braz Hermenegildo do Amaral .	« «
Carlos de Freitas	« «
Clodoaldo de Andrade . . .	« Ophtalmologica
Eduardo Rodrigues de Moraes .	« Oto-rhino laryngologica
Alexandre E. de Castro Cerqueira	« dermatologica e syphiligraphica
Gonçalo Muniz Sodré de Aragão .	Pathologia Geral
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica
Frederico de Castro Rebello . .	Clinica pediatrica medica e hygiene infantil
Alfredo Ferreira de Magalhães .	Clinica pediatrica cirurgica e orthopedia
Luiz Anselmo da Fonseca . .	Hygiene
Josino Correia Cotias . .	Medicina legal e toxicologia
Climerio Cardoso de Oliveira.	Clinica obstetrica
José Adeodato de Souza. . .	« gynecologica
Luiz Pinto de Carvalho . . .	« psychiatrica e de molestias nervosas
Aurelio Rodrigues Vianna . .	Pathologia medica
Antonino Baptista dos Anjos. .	« cirurgica

PROFESSORES EXTRAORDINARIOS EFFECTIVOS

OS SNRS. DRS.	CADEIRAS
Egas Muniz Barretto de Aragão .	Historia natural medica
João Martins da Silva . « .	Physica medica
. . . .	Chimica «
Adriano dos Reis Gordilho . .	Anatomia microscopica
José Affonso de Carvalho . .	Anatomia descriptiva
Joaquim Climerio Dantas Bião .	Physiologia
Augusto de Couto Maia . . .	Microbiologia
Francisco da Luz Carrascosa .	Pharmacologia
. . . .	Anatomia e histologia pathologicas
Eduardo Diniz Gonçalves . .	Anatomia Medico-cirurgica com operações e apparelhos
Clementino da Rocha Fraga Junior	Clinica medica
Caio Octavio Ferreira de Moura .	« cirurgica
. . . .	« ophtalmologica
Albino Arthur da Silva Leitão .	« dermatologica e syphiligraphica
Antonio do Prado Valladares .	Pathologia geral
Frederico de Castro Rebello Koch.	Therapeutica
José de Aguiar Costa Pinto . .	Hygiene
Oscar Freire de Carvalho. . .	Medicina legal e toxicologia
Menandro dos Reis Meirelles Filho	Clinica obstetrica
Mario Carvalho da Silva Leal .	« psichiatrica e de molestias nervosas
Antonio do Amaral Ferrão Muniz	Chimica analytica e industrial

PROFESSORES EM DISPONIBILIDADE

Drs.

Sebastião Cardoso — Deocleciano Ramos
João Evangelista de Castro Cerqueira — José Rodrigues da Costa Dorea

Uma apresentação bem simples é esta que fazemos do nosso modesto trabalho; ainda assim, vae para não distoar da praxe e como u'a méra explicação.

Interno do Hospicio de S. João de Deus, da Bahia, durante dois annos, julgamos de obrigação escolher para a nossa ultima prova academica um assumpto concernente á especialidade por nós abraçada.

Queriamos facilitar assim a nossa tarefa, documentando-a ao mesmo tempo com o fructo de nossa observação pessoal.

A escolha do assumpto, porém, constituiu uma seria difficuldade a vencermos, attenta a nossa quasi absoluta falta de conhecimentos sobre a materia.

Manifestando ao distincto prof. Dr. Pinto de Carvalho o nosso embaraço, foi proposta sua que lhe apresentassemos alguns pontos, que nos parecessem mais accessiveis, e elle faria a escolha.

Assim fizemos e a sua escolha recahiu sobre o

palpitante estudo dos REFLEXOS TENDINOSOS E CUTANEOS NOS ALIENADOS.

Entretanto, tinhamos errado em suppondo que este ponto nos era accessivel: as difficuldades que encontramos para desenvolvel-o foram immensas.

Amparado, porém, pelo estimulo do nosso digno director e amigo, o Dr. Eutychio Leal, puzemos mãos á obra e, á custa de ingentes esforços, conseguimos chegar ao fim.

O nosso trabalho é bem pobre e outro merito não tem senão o de nunca ter sido feito entre nós e, talvez, o de poder prestar algum insignificante serviço, pela orientação pratica que lhe procuramos dar.—Eil-o apresentado.

Os nossos agradecimentos sinceros ao prof. Pinto de Carvalho e ao Dr. Eutychio Leal, pelo gentil concurso que nos prestaram de bôa vontade.

DISSERTAÇÃO

Os reflexos tendinosos e cutaneos nos alienados

(CONTRIBUIÇÃO AO SEU ESTUDO CLINICO)

I

PHYSIO-PATHOLOGIA DOS REFLEXOS

Reflexo é a volta da excitação ao seu ponto de partida, passando por um centro.

Data de muito tempo a descoberta desse phenomeno, em a sua apreciação mais ou menos exacta.

Montaigne e Descartes occuparam-se do assumpto, em 1640. Astruc, em 1743, tratou de estudar melhor o phenomeno, que recebeu por isto o seu nome, comparando a transformação d'uma impressão em movimento a um raio de luz que se reflecte sobre uma superficie.

Hales estabeleceu o principio basico da acção reflexa, demonstrando que os reflexos cessavam pela destruição da medulla. (Gley).

A Prochaska, porém, cabe a honra de ter experimentalmente estudado a questão, em 1784, dando-lhe bases solidas e scientificas e formulando uma primeira theoria dos reflexos.

Depois delle grande numero de physiologistas estudaram o phenomeno, no intuito de elucidar a questão.

Legallois formulou uma theoria que considerava os reflexos como um apanagio da medulla. Calmeil insis-

tiu sobre a funcção de coordenação motôra da medulla, independente da do encephalo. Müller estendeu esses dados á explicação de um grande numero de factos pathologicos.

E por muito tempo ficou sendo considerada a medulla como um centro de reflexos unico. Para que o phenomeno se produzisse eram bastantes trez elementos integros: um que conduzisse a impressão sensitiva (nervo centripeto); um centro medullar que recebesse a sensação e a transformasse em movimento; um terceiro elemento que conduzisse a ordem motôra (nervo centrifugo). Era o arco reflexo primitivo.

Entretanto, esse modo de ser do movimento reflexo, com o evoluir da experimentação, se foi mostrando falho para a explicação de certos factos clinicos e mesmo physiologicos. A necessidade de levar além o seu estudo era evidente, já porque a clinica mostrava lesões dos centros superiores modificando os reflexos, já porque a ligação estreita descoberta entre as differentes partes do systema nervoso clamava contra essa independencia de acção medullar.

Marshall-Hall foi o primeiro que se revoltou contra o arco reflexo simples, mostrando que os phenomenos reflexos não eram exclusivos da medulla e que sobre uma cabeça separada do corpo o toque do globo ocular determinava a occlusão das palpebras, o que não acontecia após a destruição dos hemispherios cerebraes.

A descoberta dos reflexos cutaneos e, mais tarde, (1875), a dos tendinosos, vieram por completo aniqui-

lar o prestigio da theoria firmada por Legallois e defendida por physiologistas eminentes.

Urgia buscar em outros pontos a explicação de multiplos phenomenos que a clinica apresentava.

Multiplicaram-se então os estudos e delles nasceu a serie enorme de theorias concernentes á localisação dos centros reflexos.

Não nos é licito cital-as todas, na estreiteza deste trabalho, até porque assim excederiamos os limites que lhe traçamos.

Deixal-as-hemos de parte, como fizemos com o mechanismo do acto reflexo, que aliás se encontra em qualquer livro de physiologia.

Queremos apenas assentar a nossa opinião sobre a theoria mais de accordo com o nosso modo de encarar a questão, tendo em vista a explicação dos factos que tomamos para observação.

Desde as theorias de Pick e Egger e Legallois que classificam os reflexos como de origem puramente medullar, até a de Pandi que colloca os centros dos reflexos no cortex cerebral, ha muitas theorias intermediarias, fazendo algumas a distincção entre os centros dos reflexos cutaneos e os dos tendinosos.

Quer umas quer outras, porém, resentem-se de falhas que as tornam inaceitaveis perante a clinica. Se a sagacidade dos seus defensores consegue satisfazer a physiologia, os dados fornecidos pela clinica oppôem obstaculo intransponivel para a sua aceitação.

Por exemplo, segundo a theoria de von Monakow, os reflexos teem centro nas massas cinzentas sub-cor-

ticaes. Ora, sendo isto verdade, não se comprehende como lesões corticaes possam modificar, ás vezes radicalmente, os reflexos cutaneos.

Para Jendrassik os refléxos cutaneos são cerebraes e os tendinosos medullares. Ora, isto não explica de modo algum como as secções transversaes da medulla cervical produzem a abolição dos reflexos tendinosos.

E objecções desse genero pódem ser feitas ás demais theorias, menos á de van Gehuchten, a que parece mais de accordo com a observação e a clinica.

Para van Gehuchten os reflexos cutaneos são corticaes e os tendinosos são mesencephalicos.

Esta theoria, estabelecida depois por Bastian e admiravelmente demostrada por Crocq, é a mais aceita hoje pelos physio-pathologistas, como verdadeira.

Van Gehuchten, firmado nos conhecimentos novos sobre a estructura interna dos centros nervosos, na descoberta da via dupla—cortico-espinhal e rubro-espinhal—que segue a reacção dos centros nervosos superiores sobre as cellulas motoras dos cornos anteriores da medulla, poude chegar a essa conclusão.

Nem é presiso trazermos aqui todas as provas com que o illustre professor documenta as suas conclusões; basta que citemos as que nos parecem por si sós bastante concludentes. Eil-as.

«A tabes espasmodica é produzida por uma lesão das fibras cortico-espinhaes. Na paraplegia espasmodica, devida a uma compressão medullar, as fibras cortico-espinhaes são tambem as primeiras attingidas. Nesses

dois estados pathologicos ha então interrupção das fibras cortico-espinhaes e integridade, ao menos relativa, das fibras rubro-espinhaes. Ora, é precisamente nesses dois estados pathologicos que se observa o exagero dos reflexos tendinosos e a abolição dos reflexos cutaneos.

Podemos concluir desses factos, ao menos a titulo de hypothese, que são as fibras cortico-espinhaes que presidem aos reflexos cutaneos.

E' presiso que essas fibras estejam intactas para que os reflexos se possam produzir. Segue-se inevitavelmente que os reflexos *cutaneos* são de origem *cortical.*

Quanto aos reflexos tendinosos, elles parecem persistir emquanto funcciona a via rubro-espinhal. Se esta via funcciona só, elles são exagerados; se esta via funcciona ao mesmo tempo que a via cortico-espinhal, elles são normaes; se a via rubro-espinhal é interrompida, os reflexos tendinosos são abolidos, ainda mesmo que as fibras cortico-espinhaes estejam intactas e com ellas os reflexos cutaneos. E' assim como se póde explicar a dissociação dos movimentos reflexos observada em um doente que apresentava abolição dos reflexos tendinosos com a conservação dos cutaneos, o qual tinha um tumôr no lobo esphenoidal, confirmado pela autopsia, comprimindo o mesencephalo.»

Tem grande valôr, como prova da theoria de van Gehuchten, a seguinte declaração de Dejerine, aliás não adepto dessa theoria

Diz Dejerine:—«Nas pesquizas praticadas nestes ul-

timos annos com meu discipulo Egger, sobre o estudo dos reflexos na paraplegia espasmodica por lesão medullar localisada, temos encontrado um exagero dos reflexos tendinosos dos membros superiores—olecraneanos, do triceps, biceps, supinadores, cubitaes e radiaes —em um grande numero de casos. E' essa uma particularidade que, a menos que eu não saiba, não foi ainda assignalada até o presente e cujà explicação não é facil. Em todo caso, esse facto não póde ser explicado pela theoria que vê no exagero dos reflexos a suppressão da acção inhibitoria exercida pelo feixe pyramidal sobre as cellulas motoras. Aqui, com effeito, o exagero dos reflexos tem séde bem acima da lesão».

Diante destas provas, cuja authenticidade é inconteste, repetímos, julgamo-nos authorisado a não trazer outras confirmações á theoria do sabio van Gehuchten. É ella que aceitamos como a verdadeira, maximé tendo em vista as irrefutaveis experiencias do notavel professor Crocq, que chegou álgumas conclusões, cujas principaes são as seguintes:

1.ª A secção completa da medulla na região cervical ou dorsal superior determina, no homem, a abolição completa e permanente de todos os reflexos tendinosos e cutaneos;

2.ª As lesões destructivas do cortex ccrebral motor produzem, em todos os animaes, exagero dos rflexos tendinosos e, em alguns delles, diminuição dos cutaneos;

3. As lesões destructivas extensas do cerebello determinam exagero dos reflexos tendinosos.

Com esse autor concluimos pois;—No homem os centros dos reflexos tendinosos estão no mesencephalo e soffrem a influencia inhibitoria do cortex cerebral e cerebelloso; os centros dos reflexos cutaneos acham-se no proprio cortex cerebral e, portanto, livre de inhibições.

E nem é difficil mostrar o porque nos tornamos defensor da theoria de van Gehuchten.

Basta lembrar que estudamos as modificações dos reflexos nas molestias mentaes, molestias cuja séde está nas cellulas corticaes do cerebro.

A isto poderiam objectar-nos que, neste caso, a theoria de Pandi satisfaria melhor.

Responderiamos: não, porque a localisação puramente cortical dos reflexos não é precisa para provar a sua modificação nas molestias mentaes, attenta a acção inhibitoria do cortex sobre o mesencephalo.

Discutiremos isto mais adiante, quando nos occuparmos do modo porque as psychoses modificam os reflexos. Demais, não esquecemos que em neuro-pathologia a theoria de Pandi falharia por completo, no que diz respeito aos reflexos tendinosos.

Os reflexos habitualmente exploraveis na clinica são;—os tendinosos, os cutaneos, os mucosos, os periosticos e aponevroticos e so pupillares.

Para o nosso estudo interessam apenas os dous

primeiros grupos e é sobre elles que faremos as considerações que se seguem.

Denomina-se reflexo tendinoso a contracção mais ou menos intensa e brusca de um musculo ou grupo de musculos, em consequencia da excitação mechanica, por percussão, do seu tendão.

Reflexo cutaneo é ainda a contracção brusca e mais ou menos intensa de certos musculos, em seguida á excitação da pelle da região correspondente ou visinha.

Dentre os reflexos tendinosos contam-se, o rotuliano: o achilleano, o olecraneano, o radial, o cubital e o masseterino, como mais explorados.

Nem todos, porém, são correntemente pesquisados; nem mesmo é habito ir além dos dous primeiros. Aliás parece justificavel isso, porquanto quasi todos soffrem ao mesmo tempo eguaes modificações.

Entretanto, não é bem assim que a observação nos ensina e esse *quasi* tem o seu valôr. Pelo menos para o que toca aos trez primeiros—rotuliano, achilleano e olecraneano—a nossa observação pessoal mostrou-nos nem sempre estarem elles egualmente modificados. Por esta razão fizemos a sua pesquisa systematica em todos os doentes submettidos á nossa observação e é sobre elles que insistiremos de um modo particular.

O reflexo rotuliano, ou patellar, provoca-se percutindo o tendão rotuliano: produz-se um movimento brusco de extensão da perna sobre a côxa, devido á contracção do triceps crural. A sua technica é bastante simples. Senta-se o doente sobre uma cadeira ou na borda

do leito, com as pernas cruzadas ou pendentes, ou ainda faz-se com que elle se deite em decubito dorsal e flexióna-se a perna levantando a parte inferior da côxa. O essencial é que se obtenha o relaxamento absoluto de todos os musculos do membro. Depois, com o bordo cubital da mão ou com as extremidades dos dêdos reunidos, ou melhor, com um martello proprio (martello de Dejerine) percute-se o tendão rotuliano a golpes seccos e firmes.

O reflexo achilleano provoca-se percutindo o tendão de Achilles por um dos meios apontados acima. Para isto manda-se que o doente se ajoelhe sobre um movel qualquer, com os pés pendentes, ou melhor, manda-se que elle se deite em posição ventral e mantem-se suas pernas em flexão, afim de obter o relaxamento dos musculos. Fazendo-se a percussão obtem-se, no estado normal, um movimento brusco de extensão do pè, devido á contracção do triceps sural.

O reflexo olecraneano é um movimento de extensão do antebraço sobre o braço, provocado pela percussão do tendão inferior do triceps brachial. Para obtel-o, manda-se que o doente cruze o braço sobre o peito e o abandone nessa posição, percutindo-se por um dos processos acima indicados.

Dentre os reflexos cutaneos, os mais correntemente explorados são: o plantar, o cremasteriano e o abdominal ou de Rosembach. Os outros—o peitoral, o gluteo, o lombar, etc.—são de menos importancia e podem ser deixados de parte, pelo menos para o nosso estudo.

O reflexo plantar è a flexão dos artelhos, principal-

mente do grosso artelho, em consequencia da excitação da planta do pè. Quando a pelle dessa região è muito espessa, torna-se preciso para provocar o reflexo picar a planta do pè. Um outro reflexo importante, tambem provocado pela excitação da planta do pè, è o chamado *signal de Babinski*, de que trataremos mais adiãnte.

O reflexo cremasteriano è a elevação brusca do testiculo, pela contracção do cremaster, excitando-se a pelle da região supero-interna da côxa.

O reflexo abdominal obtem-se excitando a pelle da parede abdominal anterior: dá-se a contracção dos musculos dessa região. Esse reflexo nem sempre é de facil obtenção e exige bastante cuidado para não confundil-o com o movimento de recuo da parede abdominal, devido ás cocegas.

Na exploração dos reflexos trez factos principaes devem chamar nossa attenção:-1º—se estão elles exagerados, normaes, diminuidos ou abolidos; 2º—se são eguaes nos dous lados; 3º—se ha modificação de forma, ou se existem reflexos que não se produzem no estado normal. Nestes ultimos tempos os autores teem insistido sobre a relação existente entre a sensibilidade geral e os reflexos e sobre a dissociação dos reflexos tendinosos e cutaneos em certas molestias do systema nervoso.

No tocante ao primeiro ponto, não é sem razão que se insiste sobre o modo de apreciar as modificações dos reflexos. Atè uma certa medida è difficil distinguir a normalidade, das pequenas modificações para augmen-

to ou diminuição. Não ha um criterio absolutamente seguro para se affirmar que um reflexo està normal; sómente a pratica desse exame guia o clinico ao reconhecimento exacto das pequenas modificações.

—Parkes Weber diz mesmo que erra quem toma sempre o exagero ou diminuição dos reflexos como um indice de lesão do systema nervoso, pois na pratica diaria se observam essas modificações, «até em excessivo grào», em doentes não nervosos.

Não acreditamos que possa existir *excesso* de exagero ou diminuição dos reflexos sem lesão nervosa; mas pensamos, e temos observado em pessôas sãs, que o estado normal dos reflexos vària muito de individuo a individuo, dentro de uma certa medida.

Como quer que seja, deve-se sempre ter em vista a edade, a constituição e o temperamento do doente, bem como indagar de molestias outras anteriores, cujos restos podem influenciar sobre o estado actual dos reflexos.

Demais, e isto é importante, é preciso desviar muitas vezes a attenção do doente do exame que se está fazendo, porque a vontade póde impedir a producção dos reflexos, conservando-os em uma especie de latencia.

O segundo ponto a observar-se, examinando os reflexos, é a egualdade nos dous lados. Ainda aqui póde-se fazer a mesma observação: é preciso ter-se em vista uma ligeira desegualdade que normalmente existe entre os reflexos do lado direito e os do lado esquerdo.

Afóra isto, a desegualdade pronunciada dos reflexos nos dous lados é um excellente signal de diagnos-

tico: ella nos ensina sobre a séde de predilecção da lesão, quando não indique o ponto preciso onde a lesão se tem assestado.

O modo de producção do reflexo, ou a sua forma, é o terceiro ponto que se deve observar, maximé em se tratando dos reflexos tendinosos. No estado normal, provocada a contracção reflexa, o membro, ou segmento do membro, volta á sua posição primitiva com um movimento simples.

Casos ha, porem, em que elle executa uma serie de oscillações antes de voltar ao estado de repouso.

Outras vezes demora na extensão, como que enrijado. Disto nos occuparemos mais adiante; contentando-nos por emquanto em mencionar o facto.

Não menos importante é a apparição de reflexos que não existem no estado normal.

Dentre elles dous se destacam como de real valor: o signal de Babinski e o reflexo contro-lateral.

O primeiro é o movimento de extensão do grosso artelho pela excitação da planta do pé. Para Babinski este signal é um indice infallivel das lesões do feixe pyramidal, embora não seja esta a opinião, hoje, de alguns autores.

Châma-se reflexo contro-lateral a contracção reflexa que se produz no membro do lado opposto áquelle em que se percute o tendão rotuliano. Segundo faz notar Dejerine, phenomeno indentico é obtido percutindo-se outros tendões, taes como o tendão de Achilles.

Para P. Marie o reflexo contro-lateral apparece em 57°/° dos hemiplegicos.

Como dissemos mais acima, os autores teem nestes ultimos tempos insistido sobre a dissociação dos reflexos em algumas molestias nervosas e sobre o seu valor clinico. Esta dissociação se dá não só entre os reflexos tendinosos e cutaneos, mas tambem entre os reflexos de uma mesma categoria.

A nosso ver, não somente este valor é real, como ainda é elle bem maior do que póde parecer. Em as nossas observações, cuidadosamente feitas sob esse ponto de vista, os resultados obtidos nos forneceram dados importantes, facto este a que nos referiremos em outro ponto.

Foi van Gehuchten o primeiro a chamar a attenção para o facto, por elle muitas vezes observado na tabes espasmodica e na paraplegia espasmodica por lesão medullar localisada, do antagonismo entre os reflexos tendinosos e cutaneos. Este antagonismo consiste em um exagero dos reflexos tendinosos com a abolição dos reflexos cutaneos. Para van Gehuchten a explicação do facto se encontra na diversidade de vias seguidas pelas duas ordens de reflexos, o que vem em apoio da sua theoria sobre a localisação dos centros reflexos. Na paraplegia e na tabes espasmodicas é justamente a via cortico-espinhal a attingida.

Quasi todos os autores concordam com van Gehuchten e dizem ter encontrado a dissociação reflexa nesses dois estados pathologicos.

Alguns, porem, (Crocq, Chadzinski, Marinesco, etc.) acham que não existe sempre *exagero* dos reflexos tendinosos com *abolição* dos cutaneos. Sua opinião

é que basta um simples enfraquecimento destes, para existir um antagonismo, ou melhor, dissociação entre as duas ordens de reflexos.

Babinski diz que, se nas affecções do systema pyramidal certos reflexos cutaneos são enfraquecidos ou abolidos, outros ao contrario são exagerados; e, se quizermos exprimir o caracter essencial das perturbações dos reflexos cutaneos, podemos dizer que o seu regimem habitual se transforma.

Noica, tendo feito varias observações sobre paraplegias espasmodicas e tratando da questão, conclue: «O principio de antagonismo entre as duas ordens de reflexos não é tão absoluto como pretende o professor van Gehuchten. As nossas observações autorisam-nos a dizer que, ao lado da constancia de exagero dos reflexos tendinosos, podem-se observar os factos seguintes: 1°. casos em que ha normalidade dos reflexos cutaneos; 2.° casos em que alguns reflexos cutaneos são conservados, outros enfraquecidos, outros abolidos; 3.° casos em que ha abolição completa dos cutaneos.

Medea, que sustentou longa discussão a esse respeito, pensa, como Noica, que não se pode falar d'um antagonismo absoluto entre os reflexos profundos e os cutaneos nas affecções do feixe pyramidal.

Afóra essas opiniões contrarias á de van Gehuchten, quasi todos os autores concordam com o sabio professor. Demais, no final de contas ninguem nega que exista o antagonismo entre os reflexos, embora não haja unidade no modo de interpretação. Grasset diz mesmo que se deve sempre ter em vista a acção opposta de uma

lesão pyramidal sobre as duas ordens de reflexos, cutaneos e tendinosos.

Não é, porém, somente na paraplegia espinhal e na tabes esposmodicas que o antagonismo dos reflexos se manifesta; o facto tem sido observado em outros estados morbidos. Grasset faz notar que nas lesões do systema posterior da medulla ha abolição dos reflexos tendinosos e conservação ou exagero dos cutaneos.

Teissier chama à attenção sobre o antagonismo dos reflexos cutaneos e tendinosos na hysteria e o seu valor semiologico, nada concluindo, porem, sobre a genese do facto.

Giuseppe Severino, em pesquisas feitas sobre 75 neurasthenicos, achou a dissociação dos reflexos tendinosos e cutaneos, principalmente do cremasteriano, na proporção de 66 a 92 %. Attribue ao facto um real valor para o diagnostico da neurasthenia e diz que elle é devido, naturalmente, á diversidade de vias seguidas pelas duas ordens de reflexos.

Nas psychoses esse antagonismo reflexo tem sido observado. As nossas pesquizas confirmam plenamente essas observações e, se desde já não nos estendemos sobre o facto, é porque teremos de fazel-o a proposito de cada molestia em que foi elle normalmente encontrado.

Quanto á dissociação entre os diversos reflexos tendinosos, como entre os differentes reflexos cutaneos, o facto ja foi tambem constatado.

Ferranini diz ter encontrado a dissociação dos reflexos tendinosos na tabes. Noica e Babinski notaram

a dissociação dos reflexos cutaneos nas lesões dos feixes pyramidaes. Crocq diz o mesmo quanto ás hemiplegias antigas.

Temos visto o facto assignalado nas psychoses. Na hysteria essas modificações reflexas são muito variaveis, segundo os estudos de G. Lessa. Nós encontrámos egual variabilidade no alcoolismo chronico e na demencia precoce, principalmente no tocante aos reflexos cutaneos.

Notamos, porém, certas particularidades, preferencia para tal ou qual reflexo segundo o periodo de evolução da molestia.

Teremos de voltar depois sobre este assumpto, o que nos dispensa de maiores commentarios neste momento.

Resta-nos, para concluir este primeiro capitulo do nosso modesto trabalho, dizer alguma cousa sobre a questão importante, ultimamente suscitada, de conhecer a relação existente entre a sensibilidade geral e os reflexos.

Não é nosso intuito fazer a exposição completa dos numerosos trabalhos intentados, em pouco tempo aliás, com o fim de elucidar a questão, trabalhos que foram coroados do mais brilhante exito. Nem tão pouco queremos discutir as opiniões mais plausiveis sobre o assumpto e, por uma analyse meticulosa, embora breve, assegurar a que se nos afigura verdadeira. Não; a questão parece-nos resolvida de modo a nos dispensar de um trabalho fastidioso e sem utilidade pratica, nosso principal escopo. Daremos, pois, a opinião geralmente

aceita hoje, documentada pelas conclusões do seu autor.

O Dr. M. Pinheiro, na sua bem elaborada thése doutoral, discute magistralmente a questão e chega a estabelecer precisamente o que se deve pensar sobre o assumpto, modo de ver que nós compartilhamos e damos no resumo seguinte.

Os autores que estudam a relação entre a sensibilidade geral e os reflexos dividem-se em dois grupos: unicistas e dualistas. Os unicistas (Crocq, Pitres, Jendrassik, Dejerine, etc.) pensam que ha uma via unica de conducção para a sensibilidade geral e os reflexos, de modo que ambos soffrem juntamente identicas modificações; por outros termos, pensam elles haver relação estreita entre os dois phenomenos nervosos. Os dualistas (Ferranini, Agostini, Leyden, Geigel, etc.) pensam ao contrario que ha vias bem distinctas para a sensibilidade e os reflexos, de modo que estes podem estar modificados e aquella, perfeita.

Ferranini, o autor por assim dizer da theoria dualista, documenta a sua opinião nas conclusões seguintes, tiradas do resultado de suas numerosas pesquizas.—«1ª. Ha anesthesia total e absoluta com integridade dos reflexos superficiaes na mesma extensão de pelle ou de mucosa;—2ª. dissociação da sensibilidade, ou hypoesthesia total, com integridade ou exagero dos reflexos superficiaes em superficie cutanea exactamente a mesma;—3ª. reapparecimento dos reflexos superficiaes em pontos onde a sensibilidade permanece abolida;—4ª. exagero dos reflexos superficiaes e retardamento na transmissão da sensibilidade geral, com ou sem hypoes-

thesia;—5ª. existem vias de conducção especiaes para os reflexos superficiaes e para cada forma de sensibilidade geral;—6ª. é provavel que sejam fibras que penetram em seguida na medulla para fazerem parte dos cordões de Goll e de Burdach, ou ficam na substancia cinzenta posterior, vias essas que servem á conducção da sensibilidade geral, emquanto as fibras que das raizes posteriores se dirigem para os pontos cinzentos do mesmo lado, ou dos cordões antero-lateraes deste lado aos do lado opposto, representariam as vias afferentes dos reflexos superficiaes;—7ª. mais do que a sensibilidade sob todas as suas formas e do que os reflexos tendinosos, lentamente desapparecem os reflexos superficiaes, que representam o *ultimum moriens* da excitabilidade norvosa sensitivo-motora, bem como, physiologicamente, representaram as primeiras manifestações da vida.

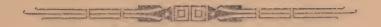
A theoria de Ferranini, assim documentada, foi aceita por mutios autores e tornou-se a classica dos dualistas, a mais em voga hoje.

Ao lado do Dr. M. Pinheiro, fazemos côro com os dualistas e achamos que a theoria das unicistas, defendida embora por homens da estatura scientifica de Crocq e Déjerine, não tem razão de ser sinão para casos excepcionaes.

Até onde poude chegar a nossa observação, os dados colhidos accordaram perfeitamente com as conclusões de Ferranini. Explorámos a sensibilidade e os reflexos em um grande numero de alienados e notamos, quasi sempre, não haver relação estreita entre os dois pheno-

menos. Encontrámos, porém, dois casos de abolição do reflexo abdominal com anesthesia absoluta da mesma região cutanea e alguns casos de hypoesthesia com a diminuição ou abolição dos reflexos cutaneos. Isto de modo algum infirma a opinião que abraçamos, porquanto o facto, além de raro, póde ser capitulado como excepção muito natural á regra.

Com a convicção, pois, de quem verifica experimentalmente um facto, opinamos pela verdde do dualismo no tocante ao assumpto e concluimos que existem de facto vias de conducção diversas para os reflexos e para a sensibilidade geral.

II

OS REFLEXOS NA CLINICA

E' de data relativamente antiga a idéa de estudar a semiologia dos reflexos cutaneos e tendinosos. Pode-se dizer mesmo que desde o seu descobrimento vêm elles prestando auxilio á clinica, principalmente para o que se refere aos reflexos tendinosos. E nem se comprehenderia de outra forma, quando sua descoberta foi fructo da propria observação clinica.

Todos os autores são accordes em insistir sobre a importancia da sua pesquisa nas affecções do systema nervoso, e Eichorst diz mesmo que todos os estados morbidos podem determinar modificações dos reflexos, havendo interesse em interrogal-os sempre.

O estado dos reflexos ensina-nos sobre a integridade das vias de conducção nervosa e sobre a capacidade dynamica dos centros nervosos.

Ha uma fonte de ensinamentos muito interessantes tanto sob o ponto de vista diagnostico, como sobretudo sob o ponto de vista prognostico.

Está claro que os resultados colhidos não têm sempre a mesma importancia; em todo caso, por menos real que esta seja, nunca deve ser posta de parte.

Relativamente ás molestias geraes, nas dyscrasias agudas ou chronicas, a constatação feita das modificações dos reflexos tem para nós real valor.

De facto, é por um mechanismo identico que vamos procurar fornecer uma explicação do modo pelo qual actuam as psychoses nessas modificações.

Faremos, pois, uma exposição, rapida embora, do estado dos reflexos nas molestias em geral, servindonos para isto dos pontos jà assentados em sciencia. Em seguida trataremos das modificações dos reflexos nas molestias nervosas e, por fim, estudaremos mais detalhadamente essas modificações nas molestias mentaes.

Nas affecções febris é regra o exagero dos reflexos, pelo menos no começo. E' o que acontece na febre typhica, no rheumatismo articular agudo, na pneumonia, etc.

Em geral todas as infecções teem egual influencia, ao menos no periodo agudo. A' medida, porém, que ellas se vão tornando chronicas, os reflexos voltam ao estado normal, ou diminuem mesmo, podendo até ser abolidos no periodo ultimo das molestias graves, adynamicas.

De um modo particular actuam sobre os centros reflexos certas affecções, como o tetano e a raiva, que produzem notavel exagero. Alguns agentes toxicos ou medicamentosos, como o acido phenico, a atropina, a strychinina, etc, excercem egual acção. Outros, ao contrario, como o chloroformio, o oxydo de carbono, o ether, o bromureto de potassio, etc., podem diminuil-os ou abolil-os.

A quinina provoca segundo a dose um periodo de excitação trazendo um exagero dos reflexos e em seguida um periodo de depressão trazendo a sua diminuição. Esta acção é proveniente de uma influencia inhibitoria directa da quinina sobre as cellulas nervosas.

Convem notar que se deve ter sempre em vista, quando se exploram os reflexos, o uso de certos medicamentos, afim de não confundir as modificações por elles produzidas com as originarias das differentes lesões do systema nervoso.

Modificações muito variaveis soffrem os reflexos nas molestias chronicas e cachetisantes, taes como— a tuberculose, o diabete e o cancer. Quasi sempre enfraquecidos, são elles porém, nos episodios agudos dessas molestias, de ordinario exagerados. Entretanto, póde-se observar o inverso e assim teremos resultados inteiramente oppostos.

As intoxicações chronicas, como o alcoolismo, exaltam quasi sempre a excitabilidade reflexa. Isso deu motivo a que o professor Déjerine affirmasse que, quando em um alcoolatra são encontrados os reflexos diminuidos ou abolidos, *deve-se* pensar em alterações nevriticas e prever a apparição das paralysias. E' provavel que haja certo exagero nessa affirmação, porquanto, como veremos mais adiante, temos encontrado os reflexos diminuidos em alcoolatras que, muito tempo após o nosso exame, nenhum signal apresentaram de paralysia.

As auto-intoxicações provocam egualmente modificações reflexas muito variaveis.

Emfim, como o diz Dejerine, pode-se conceber que o poder excito-motor do neuronio centrifugo seja modificado por certas *alterações humoraes* (*); attenuado em umas (senilidade), é exaltado em outras (uremia).

De um valor clinico immensamente maior que nas molestias geraes é a pesquiza dos reflexos e suas alterações nas molestias do systema nervoso.

O estudo dos reflexos, diz Déjerine, é de uma grande importancia em neuropathologia, porquanto o *acto reflexo* é a manifestação fundamental de todo o apparelho nervoso.

As modificações dos reflexos dependem sobretudo da localisação das lesões. Comprehende-se bem que, estando os seus centros localisados no mesenphalo e no cortex cerebral e percorrendo as suas vias conductoras toda a extensão da medulla e dos nervos centrifugos, a area de desenvolvimento dessas lesões deva ser muito vasta e, por consequencia, multiplos os estados determinantes de modificações reflexas.

Assim sendo, para facilidade do nosso resumo, faremos o estudo dos reflexos nas affecções da medulla e do bolbo, nas do encephalo e nas do systema nervoso peripherico. Daremos em seguida a synthese dessas modificações nos syndromos apresentados pelas lesões nas differentes vias conductoras.

—A tabes é uma das molestias da medulla em que as modificações dos reflexos são a regra quasi absoluta. Os reflexos tendinosos, patellares e achilleano de pre-

(*) O grypho é nosso.

ferencia, são quasi sempre abolidos muito precocemente.

A abolição dos primeiros, constituindo o signal de Westphal, é de uma importancia consideravel para o diagnostico da tabes. E de facto, vindo ao lado de outros symptomas, taes como—as perturbações vesicaes e occulares, signal de Argyll-Robertson e signal de Romberg, quando não a atrophia cinzenta da papilla do nervo optico—,o signal de Westphal traz uma certeza absoluta para o diagnostico da tabes, ainda em começo. E, se não vale como pathognomonico, em todo caso a sua importancia diagnostica é immensa.

A abolição dos reflexos achilleanos marcha de par com a dos patellares. Babinski chama a attenção para este facto, a que liga summa importancia, mostrando que os reflexos achilleanos desapparecem em muitos casos antes dos patellares, excedendo-os assim em valor clinico.

Quanto aos outros reflexos tendinosos, os dos membros superiores, são todos egualmente abolidos, embora tardiamente.

Para o que toca aos reflexos cutaneos, pode-se ver sua diminuição, sem que isto dependa das perturbações sensitivas que traz a tabes. Não é, porem, constante essa diminuição, sendo até commum a integridade dos reflexos cutaneos, ou sua exaltação.

—Nas escleroses lateraes, maximé na esclerose lateral amyotrophica, ha exagero dos reflexos tendinosos, trepidação epileptoide (clonus do pé), signal de Babinski. D'ahi tiram-se ensinamentos preciosos para o diagnostico differencial entre as primeiras e a heredo-ataxia

cerebellosa e entre a segunda e as polynevrites, em que ha diminuição ou abolição dos reflexos.

—Nas escleroses combinadas dos cordões posteriores e lateraes o estado dos reflexos tendinosos varia conforme haja predominancia nos feixes posteriores ou nos lateraes: neste caso ha exagero dos reflexos, clonus do pé, signal de Babinski; n'aquelle, ha diminuição, podendo ir até à abolição.

Na molestia de Friedreich, por exemplo, nota-se a conservação dos reflexos cutaneos, abolição dos reflexos tendinosos e signal de Babinski. Esta apresentação dos reflexos na molestia de Friedreich offerece um bom criterio para differencial-a da heredo-ataxia cerebellosa, em que são os reflexos muito exagerados.

—Na paralysia espinhal infantil e na paralysia ascendente aguda encontra-se normalmente a abolição dos reflexos cutaneos e tendinosos nos membros attingidos.

Para a primeira dessas molestias o estado dos reflexos concorre para a facilidade do diagnostico differencial com a hemiplegia cerebral infantil e a paraplegia pottica, em que se nota o exagero dos reflexos.

—Nas amyotrophias o estado dos reflexos varia conforme a especie, ou séde da lesão.

Assim, nas amyotrophias myelopathicas ha conservação de todos os reflexos, bom signal que serve para distinguil-as das polynevrites (abolição), da pachymeningite cervical hypertrophica e da esclerose lateral amyotrophica (exagero).

Nas amyotrophias progressivas myopathicas ha con-

servação dos reflexos, pelo menos emquanto todos os musculos não forem attingidos.

Na myelopathia progressiva nota-se a conservação dos reflexos cutaneos, com a diminuição ou abolição dos tendinosos. O mesmo se observa na amyotrophia neuropathica de Hoffman e Werding.

—Na esclerose em placas ha exagero dos reflexos tendinosos e abolição dos reflexos cutaneos. Alguns autores affirmam ter encontrado exagero tambem dos cutaneos.

Como quer que seja, o exame dos reflexos serve para distinguir a verdadeira da falsa esclerose em placas, nos casos de simulação (Fleury).

—Na syringomyelia observa-se a normalidade dos reflexos tendinosos, que tambem podem estar diminuidos ou abolidos, o que é mais frequente. Os reflexos cutaneos parecem abolidos na maioria dos casos, outras vezes sendo exagerados. Ha quasi sempre, porém, modificações diversas nas duas ordens de reflexos.

—Na syphilis medullar, bem como nas compressões varias da medulla, soffrem os reflexos modificações dependentes da séde e do gráo da lesão, podendo ir do exagero á abolição.

O mesmo poder-se-hia dizer das hemorragias medullares, notando-se entretanto, o mais das vezes, diminuição ou abolição dos reflexos tendinosos.

—Nas meningites espinhaes agudas e na pachymeningite cervical hypertrophica ha o exagero dos reflexos, clonus do pé e signal de Babinski.

—Na poliomyelite anterior sub-aguda e na molestia

de Landry, observa-se a abolição dos reflexos tendinosos e *nunca* o exagero dos cutaneos.

Na myelite diffusa aguda os reflexos, primeiramente exagerados, se enfraquecem em seguida até á abolição.

O contrario é de regra na meningo-myelite syphilitica, em que se nota a rapida mudança dos reflexos—de diminuidos, no começo, em exagerados.

Nas myelites diffusas chronicas *(transversa, hemilateral, annelar, etc.)* ha exagero dos reflexos, pelo menos emquanto a substancia cinzenta não tem sido destruida.

—Observa-se nas paraplegias flascas, dependentes da compressão ou destruição da cauda equina, a abolição dos reflexos achilleano e plantar. Quanto ao patellar, seu estado depende da lesão (Déjerine). Os reflexos cutaneos são pouco modificados.

—Nas paraplegias de typo paretoespasmodico ha sempre exagero de todos os reflexos tendinosos e, o mais das vezes, dos cutaneos.

Estas modificações dos reflexos variam entretanto conforme ao lesões se installam brusca ou lentamente

No primeiro caso ha logo diminuição ou abolição; no segundo, ha primeiramente um ligeiro exagero, depois diminuição até a abolição. Esta é a regra geral embora não absoluta.

—Nas nevrites de qualquer natureza os reflexos tendinosos são quasi sempre diminuidos ou abolidos nas regiões affectados.

Este signal é muito precoce e antecede as paralysias. Ha casos, porém, em que são os reflexos exagerados no começo da molestia.

Os reflexos cutaneos soffrem eguaes modificações. Entretanto, é commum ver-se o reflexo plantar abolido, emquanto o abdominal é conservado, signal este muito importante.

—Nas polynevrites generalisadas a motilidade reflexa é attingida, havendo abolição dos reflexos, o que offerece um bom meio para o diagnostico differencial com os syndromos semelhantes de origem medullar (Déjerine).

Nas polynevrites alcoolicas, porem, ha exagero dos reflexos, pelo menos em começo da affecção.

Nas lesões que interessam o bolbo, o cerebello e a região superprotuberancial o estudo dos reflexos fornece indicações pouco importantes em comparação dos syndromos proprios a essas diversas localisações.

De um modo geral pode-se dizer que as lesões bulbares, que attingem as vias conductoras cortico e rubro espinhaes, modificam os reflexos da mesma forma que as lesões medullares. Deve-se ter em vista o entrecruzamento das pyramides no caso de diagnostico de séde das lesões pelo exame dos reflexos.

—Na paralysia labio-glosso-laryngéa os reflexos cephalicos são em geral exagerados.

—E' regra na paralysia bulbar a abolição do reflexo masseterino.

Ao contrario, na paralysia pseudo-bulbar ha exagero do reflexo masseterino, exagero que se póde estender aos reflexos dos membros inferiores. Fleury pensa diversamente e diz que na paralysia pseudo-bulbar a integridade dos reflexos é a regra.

O exame dos reflexos nas affecções cerebraes tem real valor para o seu diagnostico.

Segundo Fleury este exame repetidas vezes feito em hemiplegicos cerebraes em observação é de uma importancia immensa, porque, quando se nota a transformação progressiva dos reflexos de fracos ou nullos em exagerados, póde-se quasi affimar que a paralysia de flasca se vae tornando espasmodica. «Pode-se ter a certeza de que este periodo está imminente quando se nota o exagero dos reflexos e a trepidação epileptoide, ao lado da hyperexcitabilidade muscular á percussão e difficuldade crescente de imprimir aos membros doentes movimentos faceis e extensos.

Nas hemiplegias cerebraes recentes, de qualqer origem, os reflexos tendinosos são normaes ou fracos, os cutaneos, fracos ou nullos.

Nas hemiplegias mais antigas, fóra da acção do choque inicial, os reflexos tendinosos são exagerados e os cutaneos diminuidos ou abolidos (Grasset).

—Na hemorrhagia cerebral em começo nota-se o mais das vezes a abolição dos reflexos tendinosos e cutaneos. O exagero daquelles e o clonus do pé se manifestam á medida que a lesão se vae tornando antiga e marcam o apparecimento das contracturas. O signal de Babinski mostra-se desde o começo e continúa até depois que surgem as contracturas.

O estado dos reflexos cutaneos apresenta um interesse muito grande sobretudo para o diagnostico de uma hemorrhagia cerebral (encephalorrhagia) recente (Eichorst). De facto, muitas vezes sendo dif-

ficil descobrir a hemiplegia consecutiva á hemorrhagiá cerebral, a ausencia dos reflexos cutaneos do lado doente vem denuncial-a. Demais, a ausencia completa dos reflexos no começo da hemorrhagia (periodo de coma) é um signal evidente de summa gravidade que ensombra o prognostico.

O estado dos reflexos varia nas meningites diffusas agudas, cerebraes ou cerebro-espinhaes, conforme o periodo em que se os estuda. No começo ha exagero dos reflexos cutaneos e tendinosos; no periodo terminal vão elles diminuindo, ás vezes chegando á abolição.

—O amollecimento cerebral determina modificações reflexas tambem em relação com a séde e a antiguidade da lesão, mas em sentido inverso ás das meningites: da abolição completa póde ir ao axagero.

—Muito variaveis ainda mostram-se as modificações reflexas nas compressões encephalicas por tumores, hematomas, gommas syphiliticas, etc. Aqui, como em toda parte, tudo depende do grào, séde e modo de apparecimento das lesões.—Tendo-se em vista a localisação dos centros reflexos, comprehende-se bem o alto valor da exploração dos mesmos reflexos para o diagnostico topographico das lesões, o qual póde ser precisado com minucia.

Logo após as crises motoras da epilepsia Bravais—Jacksonniana ha diminuição reflexa no lado attingido. No periodo intermediario ás crises nota-se o exagero dos reflexos tendinosos do mesmo lado.

—As nevroses modificam os reflexos de uma maneira abstracta, affirmam os autores. Déjerine, estudando o

assumpto, não diz bem assim; acha que o estado dos reflexos *póde* ser variavel nas nevroses e, para o que concerne aos reflexos tendinosos, póde-se dizer que elles *nunca* se apresentam abolidos.

Concordamos inteiramente com a primeira parte dessa observação, mas não podemos aceitar a segunda. E' possivel que o sabio professor tenha razão em affirmando que os reflexos tendinosos não desapparecem, *nunca*, na hysteria; nós, porem, temos tambem motivos para pensar de modo contrario, não admittindo esse exclusivismo.

De facto, dentre as hystericas por nós observadas encontrámos uma cujos reflexos tendinosos estavam de todo ausentes. Essa doente foi por nós examinada mais de uma vez, com o maximo cuidado, não sendo possivel encontrar nella symptoma algum que denunciasse a concumitancia ou os restos de alguma affecção organica do systema nervoso. Por outro lado suas crises nervosas eram francas, typicas, de modo a não deixarem duvida sobre a sua natureza hysterica.

Assim, concluimos pela possibilidade da abolição dos reflexos tendinosos na hysteria.

De um modo geral, porem, os autores escrevem que na hysteria os reflexos podem ser indifferentemente normaes, diminuidos ou exagerados.

Entretanto, para o que toca ao signal de Babinski, todos são unanimes em lhe assignalar um grande e real valor para o diagnostico entre as paralysias organicas em que elle é constante e as hystericas em que a sua ausencia é a regra. Ainda para este diagnostico

P. Marie apresenta o reflexo contro-lateral como muito importante.

A neurasthenia produz normalmente o exagero de todos os reflexos.

Traçadas assim ligeiramente as modificações dos reflexos nas differentes molestias do systema nervoso, podemos agora dar em resumo essas modificações nos syndromos em geral, apresentados pelas lesões que attingem as vias reflexas sensitivo-motoras.

No syndromo dos cordões posteriores ha diminuição ou abolição dos reflexos tendinosos com a conservação ou exaltação dos reflexos cutaneos.

No syndromo dos cordões antero-lateraes ha, ao contrario, exaltação dos reflexos tendinosos, com a diminuição da reflectividade cutanea e signal de Babinski. Para este autor o signal que tomou o seu nome é um indice infallivel das lesões do feixe *pyramidal*. Grasset chama a attenção para a dissociação ou antagonismo dos reflexos cutaneos e tendinosos nas lesões dos feixes pyramidaes e dos cordões posteriores.

No syndromo associado dos cordões posteriores e lateraes o estado dos reflexos varia com a séde de predominancia da lesão. Quando esta predomina nos feixes posteriores, ha a abolição dos reflexos tendinosos e conservação ou exagero dos cutaneos; quando ha predominancia nos cordões lateraes, dá-se o contrario.

No syndromo de Friedreich, lesão dos cordões posteriores e feixe cerebelloso ascendente, ha abolição dos reflexos tendinosos, signal de Babinski e conservação dos reflexos cutaneos.

No syndromo dos cornos anteriores, com ou sem participação de nevrites, ha abolição de todos os reflexos.

No syndromo da substancia cinzenta centro posterior, bem como no syndromo associado dos cornos anteriores e da substancia cinzenta centro posterior, o estado dos reflexos é variavel. Podem ser abolidos, normaes, ou exagerados.

No syndromo de Brown—Séquard ha exagero dos reflexos do lado doente, com a conservação ou exagero dos reflexos rotuliano e plantar do lado são.

No syndromo polynevritico ha abolição dos reflexos tendinosos, com modificações variaveis dos reflexos cutaneos, as quaes as mais das vezes são identicas ás dos reflexos tendinosos.

Emfim, para o syndromo do apparelho encephalico sensitivo-motor daremos as conclusões de van Gehuchten: «Os reflexos cutaneos estão ligados á integridade da via cortico-espinhal e os reflexos tendinosos á integridade da via rubro-espinhal. Quando a lesão attinge sòmente a via cortico-espinhal, ha abolição dos reflexos cutaneos e exaltação ou normalidade dos tendinosos; quando a lesão attinge sómente a via rubro-espinhal, ha conservação ou exagero dos cutaneos e abolição dos tendinosos; quando, emfim, a lesão attinge as duas vias ao mesmo tempo, ha abolição de todos os reflexos.» O mesmo se dá quando os centros reflexos são attingidos.

Do resumo que deixamos feito, estudando as modificações dos reflexos nas differentes molestias nervo-

sas, conclue-se facilmente do valor immenso de sua pesquiza em neuropathologia.

De facto, a clinica encontra nesse meio propedeutico um auxiliar precioso para o diagnostico das molestias nervosas, até mesmo para o diagnostico topographico das differentes lesões.

Para certas molestias, taes como—a tabes, as polynevrites, as hemiplegias cerebraes, etc., o estudo dos reflexos apresenta especial importancia.

Não foi o nosso intuito estudar aqui a semiologia completa dos reflexos em neuropathologia: não fomos além de um resumo.

E se fizemos esse estudo talvez um pouco mais longamente do que exigia a ordem do nosso modesto trabalho, foi simplesmente para, escudado nelle, profligarmos o abandono em que esse mesmo estudo tem sido deixado nas molestias mentaes, onde a nosso ver elle tem egual valor, como procuraremos provar em seguida.

III

OS REFLEXOS NOS ALIENADOS

Nada mais esquecido na propedeutica das molestias mentaes do que a semiotica dos phenomenos reflexos.

D'entre as obras por nós consultadas nem uma só encontramos que se occupasse detalhadamente do assumpto: os auctores passam de leve sobre elle, considerando-o de somenos importancia.

O alto valor em que é tida a semiologia dos reflexos em neuropathologia forma contraste absoluto com o abandono de que nos occupamos. Entretanto, não é possivel que haja um antagonismo tão perfeito na interpretação de phenomenos tendo origem identica. Não comprehendemos mesmo como das lesões organicas do systema nervoso vá uma distancia tão grande para as lesões funccionaes, quando a sua séde é uma só. Se no primeiro caso ha modificação material do elemento nervoso, acarretando os desvios funccionaes do orgão, no segundo ha modificação directa da funcção, o que equivale a dizer que os resultados são eguaes.

Ora, os reflexos sendo uma funcção da cellula nervosa, pouco importa que as suas modificações sejam

produzidas directa ou indirectamente: hão de se manifestar do mesmo modo.

Esse pouco caso, que se vê bem claro nas referencias dos autores, chamou a nossa attenção e decidiu-nos a pesquizar a causa do esquecimento em que é deixado um facto para nós bem mais digno de consideração.

Os autores, é verdade, não negam que as psychoses modificam os reflexos, nem o podiam fazer; dizem entretanto que essas modificações são muito variaveis e, a julgar pelo modo porque se expressam, vê-se que não ligam ao facto o minimo valor semiologico.

Contentando-se em explorar os reflexos superficialmente, não procuram levar adiante o seu estudo, comparando os resultados obtidos no curso de uma mesma molestia ou em molestias diversas, para d'ahi tirarem uma illação qualquer. A idéa preconcebida de que não se colherá grande ensinamento é bastante para que ninguem cuide de investigar o facto.

Em nome da observação protestamos contra isso e havemos de provar que de facto a semiologia dos reflexos nos alienados merece mais attenção, baseado até na opinião dos autores que não ligam importancia ao facto.

E' um absurdo palpavel abandonar-se uma cousa qualquer como imprestavel, sem se procurar conhecel-a bem de perto: affirmamos sem temor de contestação que é isto o que se dá com os reflexos nos alienados.

A prova está em que na paralysia geral e talvez na demencia precoce, onde o estudo das modificações

reflexas tem sido feito melhor, os dados clinicos por esse meio obtidos prestam relevantes serviços.

O professor Régis nos diz que até aqui não se tem estudado *seriamente* os reflexos nas psychoses, sinão na paralysia geral.

Se assim é, como aceitar sem discussão a affirmativa de que o estado dos reflexos não tem importancia nos alienados? E' o que não podemos conceber.

Além disso, como prova de que o facto tem valor, basta vêr que todos os compendios de psychiatria, quer na propedeutica das molestias mentaes, quer na parte especial, occupam-se do assumpto e mandam que os reflexos sejam explorados.

Ainda mais, vejamos a opinião de alguns autores.

Fuhrmann diz: «os reflexos devem naturalmente ser examinados com grande attenção nos alienados».

Tanzi, especificando embora o caso, vae um pouco além e escreve: «o exame clinico concentra-se principalmente sobre os reflexos patellares».

O Dr. H. Roxo, escrevendo sobre a propedeutica das molestias mentaes, assim se expressa a esse respeito: «*devemos* pesquizar os reflexos tendinosos, cutaneos e pupillares, quando examinarmos o systema nervoso».

Ora, se houvesse certeza do nenhum valor desse processo, não seria cabivel que se o ordenasse ou ao menos aconselhasse.

Assim pois, fica muito bem claramente provado que o estudo dos reflexos nos alienados não deve ser posto de parte.

Entretanto, isso que havemos dito se refere aos refle-

xos em geral, inclusive os pupillares. Particularisando o facto aos *cutaneos* e *tendinosos*, aquelles que tomamos para assumpto do nosso modesto trabalho, vê-se que o seu esquecimento é ainda mais completo.

Mesmo aquelles autores que aconselham a sua pesquiza contentam-se em dizer que as suas modificações são extremamente variaveis, não offerecendo criterio seguro que os torne aproveitaveis como signal diagnostico.

O facto é, porem, que nenhum deixa de mencionar essas modificações.

O proprio Agostini, aquelle que até hoje estudou melhor a questão, dedicando ao assumpto um trabalho consciencioso e completo, não dá conclusões plausiveis e parece em parte ter seguido o curso da opinião geral.

Por nossa vez, se do resultado de nossas observações não podemos tirar uma conclusão que deva servir de norma, em todo caso, o obtido é bastante para justificar-nos na causa que defendemos.

Infelizmente o nosso campo de observação foi muito resumido, de modo que não nos foi possivel ir além na demostração dos factos que entrevimos.

Temos, porem, a firme convicção de que, em seára mais vasta, a colheita será copiosa em provas para documental-os, attento o muito obtido do pouco que podemos fazer.

Isso nos permitte affirmar, com segurança, que o estudo dos reflexos tendinosos e cutaneos tem um valor incontestavel nos alienados.

***

Uma questão importante desde já se impõe á nossa analyse: saber como actuam as psychoses na modificação dos reflexos.

Não vimos em parte alguma a minima referencia ao assumpto e muito menos a explicação exacta ou provavel do facto nos foi fornecida.

Será talvez que a razão se imponha, não sendo preciso trazel-a á evidencia: neste caso o defeito é nosso em não podermos percebel-a assim, defeito de que não temos culpa.

Por outro lado julgamos preciso um esclarecimento a respeito.

Ora, diante de uma e outra cousa, não é extemporaneo que procuremos interpretar o facto e dar-lhe uma explicação, pelo menos para satisfazer ao nosso espirito.

Em primeiro logar nós vamos encontrar uma fonte de ensinamentos na anatomia pathologica das *loucuras.*

Nas psychopathias que constituem propriamente uma enfermidade e que provêm de alterações materiaes brutas do craneo e dos centros nervosos (vicios de conformação) a cousa é mais ou menos clara. Neste caso se encontram a idiotia e a imbecilidade, a demencia e o cretinismo. Aqui não é difficil explicar as modificações reflexas que fazem parte do cortejo clinico destas molestias.

De facto, nellas são encontradas a diminuição de certas regiões cerebraes, o amollecimento de outras, o desapparecimento de algumas, a ausencia de fibras

commissuraes, etc. Basta então lembrar a localisação superior dos centros reflexos para vêr que a modificação destes deve ser a regra, como o é na realidade, nos estados acima mencionados, em virtude dessas lesões grosseiras attingirem as cellulas, de cujo funccionamento normal depende a integridade dos differentes reflexos.

Nas psychopathias organicas, isto é, naquellas em que a perturbação psychica provem de lesões organicas determinadas dos centros nervosos, ainda é facil encontrar-se uma explicação plausivel para o facto.

Neste caso estão as psychopathias por encephalites circumscriptas ou diffusas, meningites, compressões cerebraes (tumores, gommas syphiliticas, etc), esclerose em placas, syringomyelia, hemorrhagias, amollecimentos, etc.

Nesses casos ainda as modificações reflexas dependem naturalmente do centro ou vias conductoras attingidas pelo processo morbido.

Como deixamos dito no capitulo anterior, essas modificações estão sob a dependencia da séde, extensão e modo de apparecimento da lesão, mas são constantes e de facil interpretação.

Muito menos interpretaveis são as modificações reflexas nas psychopathias funccionaes, isto é, nas psychoses propriamente ditas.

Nas psychoses agudas, diz-se, as lesões anatomopathologicas são fugazes e pouco evidentes. Encontram-se, entretanto, hyperemias, ischemias, effusões serosas (ou sero-sanguineas), pequenas hemorrhagias

corticaes, ao lado de alterações esclerosicas ou degeneratinas das cellulas nervosas e proliferação da nevroglia. Não ha, porem, lesões macroscopicas.

Nas psychoses chronicas, ao contrario, a autopsia mostra lesões mais claras, sem ser preciso ás vezes o auxilio do microscopio. São frequentes a atrophia de certas regiões, as lacunas ou perdas de substancia, alterações inflammatorias ou degenerativas dos vasos, pequenas hemorragias, hematomas ou echymoses e adherencia das meninges, degeneração dos cellulas e tubos nervosos, hyperplasia da nevroglia, alterações esclerosicas ou amollecimentos de cerfas regiões nervosas, ao lado de lesões varias em outros orgãos.

Esses dados iornecidos pela anatomo-pathologia até um certo ponto justificam as modificações dos reflexos nas psychoses. Comprehende-se muito bem que as lesões macroscopicas, pelo motivo mesmo de serem de uma certa extensão, possam produzil-as, actuando á maneira das compressões e dos amollecimentos em geral.

Basta para isso que ellas attinjam os centros reflexos, ou suas vias conductoras. E como essas lesões não teem predilecção pelo cortex ou pelo mesencephalo, uma vez que ellas são geraes, está claro que tanto os reflexos tendinosos como os cutaneos podem ser indifferentemente alterados.

O mesmo não se dá, porém, nos casos em que as lesões são puramente microscopicas.

Algumas vezes mesmo são raras e diminutas, não valendo para provar as modificações apresentadas.

Seria preciso, se assim não fosse, que os centros reflexos se limitassem a um grupo pequenino de cellulas e que fossem estas as attingidas.

Isso seria possivel, é claro; mas na realidade o facto é diverso e essas coincidencias falham.

Ora, está bem longe de ser raro, nos alienados, o fazerem-se autopsias que não revelem sinão raras lesões microscopicas e nenhuma macroscopica. Para estes casos é que se torna preciso explicar as modificações reflexas.

Aqui vamos buscar ensinamentos na etiopathogenia das molestias mentaes, considerada á luz dos modernos conhecimentos.

Segundo as concepções actuaes, a alteração das glandulas endocrinicas seria um dos factores etiologicos das psychoses. As glandulas de secreção interna actuariam á maneira de reguladoras do metabolismo organico, tendo como principal funcção a neutralisação das auto-toxinas que têm acção electiva sobre os centros nervosos e que ficariam livres com a alteracão dessas glandulas.

Algumas psychoses, ao menos, seriam então devidas a verdadeiras auto-intoxicações, como outras o seriam a exointoxicações. De qualquer modo estariamos em face de intoxicações e nós temos visto, estudando os reflexos nas molestias geraes, que estas os modificam de uma maneira constante. São factos identicos ás alterações humoraes de que falla o professor Déjerine, factos de que nos occupamos no capitulo anterior. Ou melhor, são modificações bio-chimicas das cellulas

nervosas, que naturalmente se alteram em seu funccionamento, como podem soffrer em sua nutrição e degenerar.

As cellulas centro-motoras dos reflexos teem por funcção receber as impressões e transformal-as em ordem motora. Sob a influencia do toxico, excitam-se primeiro e exageram o seu funccionamento; em seguida, continuando a acção do toxico, vão perdendo pouco e pouco a faculdade de elaborar a ordem motora; por fim, perdem até a excitabilidade ás impressões, tornando-se inteiramente mortas para a funcção, no periodo degenerativo.

Assim se explicam o exagero, a diminuição e a abolição dos reflexos. E como a acção nociva do toxico se póde manifestar de preferencia sobre certos grupos cellulares, não é difficil por ella serem explicadas as modificações dos reflexos cutaneos, com integridade dos tendinosos e vice-versa. Isto egualmente serveria para demonstrar, á falta de outra explicação, a variabilidade das modificações dos reflexos pertencentes á mesma ordem, e ainda, as suas variações de uma psychose a outra. Além disso, póde ser que o facto seja devido á diversidade de toxicos, pelo motivo de ficarem doentes glandulas differentes.

Assim, pois, a modificação dos reflexos nas psychoses obedece a duas causas: lesões materiaes, microscopicas embora, das cellulas centro-reflexas ou das vias conductoras; alterações chimicas das mesmas cellulas, semelhantemente ao que se dá nas intoxicações e nas molestias dyscrasicas em geral.

Diante de tudo o que havemos dito, continúa de pé a theoria por nós acceita para localisação dos centros reflexos. Demais, podemos ver agora claramente que a origem puramente cortical dos reflexos não é precisa para provar as suas modificações, attenta a electividade do processo morbido que se póde manifestar sobre o mesencephalo como sobre o cortex.

***

Vamos entrar agora no estudo propriamente clinico dos reflexos tendinosos e cutaneos nas molestias mentaes, tomando como norma os resultados colhidos em as nossas observações e comparando-os com os obtidos por outros investigadores.

Não nos é possivel, entretanto, fazer um estudo tão completo como era o nosso desejo, em vista da deficiencia de casos clinicos no campo de nossas observações. De facto, no Hospicio de S. João de Deus, onde desenvolvemos a nossa actividade, ao lado da falta completa de especimens de algumas psyhoses, ha a raridade de outras, o que até um certo ponto significa o mesmo, porquanto o nosso estudo é todo pratico.

Desejoso de levar mais adiante as nossas pesquizas, observámos alguns doentes no Hospicio de Alienados do Recife, graças á gentileza do seu digno Director, Dr. Codeceira. Ainda que conseguissemos alguma cousa por esse meio, não tivemos grande recompensa do nosso esforço, porquanto alli tambem se observa a deficiencia de casos clinicos.

Em compensação, para algumas psychoses, taes como a demencia precoce, o alcoolismo chronico, a epilepsia e a psychose maniaco-depressiva, não nos faltaram casos e assim podemos fazer um estudo completo (?) e de resultados bem compensadores.

Assim, pois, se o nosso trabalho é de pouco valor sob um ponto de vista geral, acreditamos que não se dará o mesmo se o encararmos nesse particular.

Com effeito, o facto de termos podido chegar a algumas conclusões fundamentadas já é o bastante para que tenha elle algum merito.

Considerando agora que as psychoses por nós estudadas são justamente as mais frequentes entre nós, está claro que esse merito é bem maior. Se assim for, teremos conseguido plenamente o nosso fim.

Já é tempo de darmos começo ao nosso estudo, seguindo naturalmente a ordem proporcional á importancia dos resultados obtidos. Antes, porem, uma ligeira nota. —Não observámos *todos* os reflexos tendinosos e cutaneos; escolhemos os trez principaes de cada grupo (patellar, achilleano, tricipital,-plantar, cremasteriano e abdominal) porque os outros, além de variaveis, conservam-se normaes quando não soffrem as mesmas modificações que os primeiros. Demais seria inutil complicarmos um estudo que deve ser essencialmente pratico.

Demencia precoce. A demencia precoce, sob qualquer de suas modalidades clinicas, é uma das psychoses mais frequentes entre nós. O seu diagnostico, muitas

vezes difficil, é singularmente facilitado pelo estudo dos reflexos tendinosos e cutaneos.

Dide assignala na demencia precoce um *syndromo reflexo* que consiste no exagero dos reflexos tendinosos, diminuição ou abolição dos cutaneos e hypertonia muscular. Régis discorda da opinião de Dide e afirma ter observado resultados os mais varios, até a forma inversa ao tal syndromo reflexo, além de que este não é especial á demencia precoce.

J. de Mattos diz que no começo da doença observa-se frequentemente o exagero dos reflexos tendinosos, phenomeno que póde desapparecer mais tarde.

Maillard faz notar que o exagero do reflexo rotuliano e a grande diminuição do plantar são communs aos dementes precoces e que este facto isolado não tem *grande* valôr quanto ao diagnostico da demencia, porque pode ser encontrado em outros doentes.

Ao contrario do que pensam os autores, póde-se dar uma formula exacta dessas modificações, ligadas menos ao syndrómo apresentado do que á edade da molestia em que se as observa, facto este que, a nosso ver, tem sido a causa das discordancias existentes sobre esse ponto.

Esta conclusão se impoz do resultado de nossas observações, feitas sobre 22 dementes precoces, (10 homens e 12 mulheres) em periodos diversos da molestia, conforme se vê no quadro abaixo.

QUADRO I

Estado dos reflexos.	Patellar		Achill.		Olecran.		Plantar		Cremast.		Abdom.	
	Recente	Antiga	Recente	Antiga	Recente	Antiga	Recente	Antiga	Recente	Antiga	Recente	Antiga
Augmentados.	9	1	9	0	3	0	2	6	2	0	3	7
Normaes.	1	3	2	2	6	1	2	4	3	1	2	3
Diminuidos.	0	2	0	2	2	8	5	1	1	0	5	0
Abolidos.	1	6	0	7	0	2	2	0	0	3	1	1

Dessas observações podemos, de um modo geral deduzir o seguinte:—Nos dementes precoces em começo da molestia ha invariavelmente exagero dos reflexos, tendinosos e diminuição mais ou menos pronunciada dos reflexos cutaneos; nos dementes mais antigos os reflexos tendinosos vão diminuindo, á medida que os cutaneos ficam normaes ou ligeiramente augmentados.

E' esta a formula por nós assentada.

O principal, porém, é a dissociação observada entre os reflexos da mesma ordem. Neste particular nada vimos annotado e, entretanto,o facto é real e muito frequente.

No que toca aos reflexos tendinosos, a dissociação é a regra entre os patellares e o olecraneano, em todos os periodos da molestia, em proporção bastante elevada.

Embora menos frequentemente, póde-se observar a

dissociação entre os reflexos achilleanos e os patellares ou olecraneano, ou entre os trez ao mesmo tempo.

A realidade destes factos foi por nós observada com o mais rigoroso cuidado, convindo notar como essencial a pouca ou rara frequencia delles em outras psychoses.

Quanto aos reflexos cutaneos, a sua dissociação é menos frequente e importa quasi sempre sobre o cremasteriano por um lado, o plantar e o abdominal por outro. Estes marcham de par em suas modificações para mais ou para menos.

Além disso Maillard dá grande importancia ao facto de se encontrar na demencia precoce, na proporção de 75°/o dos casos, a abolição do reflexo plantar com o exagero do rotuliano, quando em outras psychoses a frequencia é apenas de 15°/o—Encontramos egual modificação, porém em menor proporção, 62.5°/o, cifra ainda bastante elevada.

Tão importante quanto a dissociacão acima relacionada é o modo anormal de producção dos reflexos patellares nos dementes precoces.

Consiste no seguinte:—Quando o choque do martello sobre o joelho provoca a extensão da perna, esta, em vez de voltar á posição de equilibrio, fica em extensão, na posição extrema determinada pelo reflexo. Segundo Maillard, que foi o primeiro observador do facto, deve elle ser relacionado á suggestionabilidade, uma vez que se pense com Denys que «a suggestionabilidade é a tendencia a adoptar toda sollicitação, de qualquer natureza, vinda do exterior.» O modo de ver

de Maillard é justificado pelo facto de ter elle visto em um caso o negativismo manifestar-se na occasião do reflexo rotuliano e produzir de alguma sorte uma modalidade inversa do signal habitual: a perna era violentamente trazida para traz após a extensão produzida pelo reflexo.

Dupré apoia esta interpretação e diz ter encontrado nos debeis perturbações analogas. Séglas acha que a immobilisação da perna em extensão após o choque parece dever ser considerada como «um facto de plasticidade muscular, relacionavel á conservação das attitudes.»

Nós encontramos o signal de Maillard em 43°/o dos casos.

O valor clinico dessa modificação reflexa nos dementes precoces é incontestavel, em vista do que deixamos dito, isto é, como propriedade da molestia.

Para o diagnostico differencial entre a demencia precoce e a hysteria o facto cresce de merito. Nada mais difficil, ás vezes, do que distinguir o esturpor catatonico commum a essas duas modalidades clinicas. Por outros termos, não se póde dizer muitas vezes se o syndromo catatonico apresentado pelo doente pertence á hysteria ou á demencia precoce.

O professor Pinto de Carvalho diz que nesses casos é preciso dar-se a maior reserva ao diagnostico, esperando o evoluir da molestia para poder firmal-o bem e cita casos em que a illusão tem feito errar a professores notaveis.

E' exactamente nesses casos que o exame dos reflexos vem prestar precioso auxilio. De facto, além da dissociação dos reflexos tendinosos e cutaneos ser pouco frequente na hysteria e muito commum na demencia precoce, o antagonismo entre os reflexos da mesma ordem, quasi de regra na demencia, póde-se dizer que falta na hysteria.

Além disso, o signal de Maillard, (fixação da perna na extensão provocada pelo reflexo patellar) *nunca* foi encontrado senão na demencia precoce, sendo sua constatação um dado de primeira ordem. A sua presença deve fazer excluir a hypothese de hysteria.

O exame dos reflexos presta ainda relevantes serviços para o diagnostico differencial entre a demencia precoce e certos casos de psychose maniaco—depressiva e de epilepsia ou de paralysia geral. Todas estas molestias podem apresentar symptomas facilmente confundiveis com o syndromo catatonico dos dementes. Esta confusão desapparece se tivermos em vista as modificações reflexas proprias a cada uma dessas molestias.

Principalmente para o que toca á psychose maniaco—depressiva, em qualquer de suas phases, o estudo dos reflexos se impõe, como veremos adiante.

Veremos tambem o seu valor para fazer-se a distincção entre certos casos de demencia em que os doentes apresentam habitos de alcoolismo como effeito da sua molestia e aquelles casos em que o alcoolismo chronico é a causa dos syndromos apresentados pelos doentes. Por outros termos, o estudo dos reflexos serve para differenciar o verdadeiro do pseudo alcoolismo chronico.

*

O *alcoolismo chronico* occupa o primeiro logar na percentagem dos manicomios.

Seu diagnostico é mais ou menos facil, quando são conhecidos os habitos anteriores do doente.

Entretanto, como vimos acima, nem sempre o habito de beber, descoberto na vida pregressa do doente, dá a certeza de que é o alcool o factor etiologico da sua molestia actual. Demais, não é muito facil, ás vezes, obter do doente a confissão do seu *vicio*.

Para esses casos é que de preferencia aconselhamos o exame dos reflexos como um bom auxiliar para o diagnostico.

Dizem os autores que é de regra o exagero dos reflexos no alcoolismo chronico, como acontece nas outras intoxicações.

Não é isto, porém, o que a nossa observação tem mostrado; muito ao contrario, o exagero dos reflexos no alcoolismo chronico, pela nossa estatistica, não attinge a media de 50°/o. Evidentemente tem havido *exagero* dos autores em affirmar tal, ou melhor, descuido seu na pesquisa desses phenomenos.

Uma observação importante se impõe agora:—é de regra o exagero dos reflexos nos alcoolistas submettidos ao tratamento intensivo pela strychinina, facto que é de absoluta necessidade ter em vista na sua exploração.

Sem affirmal-o *in totum*, acreditamos entretanto que esse facto tenha dado motivo a enganos, porque não é possivel mais franca discordancia com os resultados por nós obtidos: do exagero á mais absoluta abolição.

Não admittindo, pois, essa opinião dos autores, vamos procurar estabelecer a nossa formula.

Esta varia para os reflexos tendinosos e cutaneos, como para os reflexos da mesma ordem, da maneira seguinte:—os patellares e achilleanos são o mais frequentemente exagerados ou abolidos, em proporção quasi egual, raramente normaes ou diminuidos;—o olecraneano é o mais das vezes normal;—o plantar e o abdominal são exagerados ou normaes em egual proporção;—o cremasteriano, o mais das vezes normal.

Vê-se bem isto no quadro abaixo, tirado do exame feito sobre 19 homens e 5 mulheres, alcoolistas.

QUADRO II

Estado dos reflexos	Patellar.	Achill.	Olecarn	Pantar	Cremast	Abdom.
Augmentado......	11	10	2	8	1	9
Normaes........	1	2	12	9	10	10
Diminuidos......	3	2	6	3	5	3
Abolidos.......	9	10	4	4	3	2

A' primeira vista este quadro é pouco instructivo e parece até não fornecer ensinamento algum de importancia. Entretanto, se o observarmos mais attentamente, veremos que elle encerra alguns dados de valor.

Notamos em primeiro logar que os reflexos patellares e achilleanos, plantares e abdominaes, cremasterianos e olecraneanos soffrem modificações identicas, dois a dois. Depois, verificamos que a abolição dos tendinosos está longe de ser rara, o que vem em apoio da nossa apreciação sobre o modo de ver de Déjerine.

Convem sobretudo notar que o antagonismo entre os reflexos rotuliano e plantar, tido por Maillard em tanta consideração na demencia precoce, é aqui extremamente vario, podendo servir de criterio para o diagnostico differencial entre as duas psychoses.

Para isto, porém, ha um meio muito mais seguro,-o signal de Maillard, o qual nunca foi observado no alcoolismo chronico, sendo entretanto muito frequente na demencia precoce.

Quanto ao diagnostico differencial entre o alcoolismo chronico e outras psychoses (paralisia progressiva, paranoia, etc), cujos syndromos podem offerecer confusão, o estado dos reflexos fornece indicações uteis, comparando-se entre si os quadros das modificações proprias a cada uma dellas, como teremos de ver adiante.

Emfim a dissociação entre os reflexos cutaneos e a sensibilidade geral é frequente no alcoolismo chronico e rara nessas outras psychoses.

Demais, não ha aqui uma relação qualquer entre as modificações reflexas e a edade da molestia, isto é, os reflexos não se attenuam ou se exageram á medida que a molestia marcha para a chronicidade. Pa-

rece antes que tudo depende do gráo de intoxicação do organismo, ou melhor, da tolerancia deste. Assim é que se póde encontrar o exagero dos reflexos no inveterado como no novel cultor do ethylismo.

Na *psychose maniaco-depressiva* as modificações dos reflexos são interessantes.

Os autores, em geral, fazem a sua distincção nas trez modalidades clinicas dessa psychose: phase de excitação (mania), phase de depressão (melancholia) e phase mixta. Para elles, na primeira phase ha exagero dos reflexos; na segunda, diminuicão ou abolição; na terceira, uma ou outra cousa.

Bianchi diz que os reflexos, normaes na forma attenuada da mania, são muitas vezes exaltados na forma typica.

Régis faz ver que na melancholia os reflexos são preguiçosos ou attenuados, emquanto que Agostini os dá como muito vivos. Este autor achou na mania os reflexos sempre normaes.

Schermer notou que os reflexos rotulianos, conservados durante o periodo de estado da mania, desapparecem no curso da convalescença para reapparecerem um, dous ou trez mezes mais tarde (G. Ballet).

Como vemos, as opiniões dos autores por nós citados são inteiramente variaveis e não nos permittem tirar d'ahi uma conclusão que se relacione com o resultado de nossas observações.

O quadro abaixo indica o que notamos nos 8 doentes de psychose maniaco depressiva, por nós examinados, sem distincção de phases.

QUADRO III

Estado dos reflexos	Patellar	Achill.	Olecran.	Plantar	Cremast.	Abdom.
Exagerados.	6	6	4	2	1	2
Normaes.	1	2	1	0	0	6
Diminuidos.	1	0	3	5	4	0
Abolidos.	0	0	0	1	2	0

Ao nosso vêr ha aqui alguns ensinamentos uteis a serem tirados, embora reconheçamos a exiguidade dos nossos casos de observação, o que entretanto não constitúe um argumento solido contra a nossa opinião.

No tocante aos reflexos tendinosos, notamos em primeiro lugar que elles são o mais das vezes exagerados. Depois, e isto é essencial, não encontramos os reflexos patellares e achilleanos abolidos uma só vez, notando-se que examinámos cinco doentes deprimidos e tres excitados, em periodos diversos da molestia.

Este facto *nunca* foi por nós observado em doentes de outra psychose, d'onde concluimos pelo seu real valor diagnostico.

Dos reflexos cutaneos, o abdominal altera-se pouco; o plantar e o cremasteriano são o mais das vezes diminuidos, nunca, porem, normaes, o que é egualmente de valor.

A comparação feita entre as modificações reflexas na psychose maniaco-depressiva e em outras psychoses fornece naturalmente ensinamentos para o seu diagnostico differencial, maximé com a hysteria e a demencia precoce.

Não é preciso que mostremos os pontos de contacto ou de discordancia dessas modificações: elles resaltam do confrontro entre os quadros por nós apresentados a proposito de cada molestia.

Na *paralysia geral* os reflexos teem sido muito bem estudados, podendo-se mesmo dizer que é esta a unica psychose em que o estudo dos reflexos mereceu a attenção dos autores.

Infelizmente só tivemos *um* caso para observação, de modo que somos obrigado a aceitar conclusões alheias, aliás sem grande constrangimento. Vejamos, pois, o que está assentado a respeito.

Segundo Régis, a modificação dos reflexos na paralysia geral seria a regra, podendo-se dar como formula, no periodo inicial da molestia, o exagero dos reflexos tendinosos e a diminuição dos cutaneos.

Os reflexos tendinosos são alterados em 80 a 90 % dos casos, consistindo essa alteração quasi sempre (80 % das vezes) no exagero, mais manifesto nos membros superiores.

Os reflexos cutaneos são egualmente alterados, mas esta alteração consistiria na formula inversa da dos tendinosos. O signal de Babinski parece raro, fóra dos casos com lesões pyramidaes.

Crocq explica as modificações dos reflexos tendinosos e cutaneos no começo da paralysia geral, dizendo que as dos primeiros dependem da attenuação da inhibição cortical, as dos outros provêm de lesões dos seus centros (neuronios corticaes).

Gilbert Ballet dá as mesmas conclusões de Régis e faz algumas outras observações, que nós reproduziremos em seguida.

« O reflexo masseterino é muitas vezes exagerado; o pharingeo, diminuido ou abolido. Não seria raro observar-se uma certa concordancia entre a abolição do reflexo patellar e o signal de Argyll-Robertson. Nota-se tambem, muitas vezes, a asymetria na alteração, á direita e á esquerda, dos reflexos rotulianos; e este signal de constatação simples é bastante precioso para o diagnostico.

Emfim, o estado dos reflexos profundos varia segundo a forma da molestia: nota-se o seu exagero nas formas espansivas, espinhaes espasmodicas; sua diminuição ou abolição nas depressivas, medullares tabeticas.

Numerosas influencias accessorias podem tambem modificar, em um sentido ou n'outro, o estado dos reflexos, taes como: as intoxicações alcoolica, saturnina, diabetica, as nevrites concomitantes, lesões cerebraes em fóco superajuntadas, etc.

Quanto ao estudo systematico dos reflexos tendinosos e cutaneos, elle mereceria ser retomado, nas differentes variedades da paralysia geral, *á luz das idéas emittidas por van Gehuchten* (*) em seu

---

O grypho é nosso

ultimo trabalho sobre a distincção entre a natureza, as vias e a significação dos reflexos profundos, rubro-espinhaes, e dos reflexos superficiaes, cortico-espinhaes.

Como Régis e Gilbert, pensam quasi todos os autores, o que nos dispensa de maiores demonstrações. Entretanto, não é demais que ouçamos alguns outros, para melhor exito de nossas conclusões.

Tanzi diz que, além das irregularidades mais ou menos estaveis e, em todo caso, de origem lenta que são devidas á propria lesão progressiva, os *paralyticos* estão sujeitos a uma irregularidade analoga, mas transitoria, no estado *(contegno)* dos reflexos patellares, muitas vezes *asymetricamente*, a qual depende de lesões circumscriptas, porém reparaveis, do cortex cerebral.

Bianchi classifica do modo seguinte as modificações dos reflexos tendinosos na paralysia progressiva: «—1.° casos em que o reflexo rotuliano conserva-se até o estado avançado da molestia;—2.° casos em que é elle muito diminuido ou apagado desde o principio, muitas vezes antes de se declarar a molestia por outros symptomas;—3.° casos em que é muito exagerado e assim fica durante todo o tempo da molestia, quando não se attenue gradualmente até á extincção com o avançar da mesma;—4.° casos em que é normal ou exagerado de um lado, debil ou ausente do outro lado. A abolição dos reflexos patellares associada á impotencia, sem outra desordem, é frequente.»

Emfim, Agostini dá a seguinte formula:—« no primeiro periodo ha diminuição dos reflexos cutaneos e au-

gmento dos tendinosos; no segundo, ha exagero do idio-muscular e ainda dos tendinosos; no terceiro periodo os reflexos cutaneos e mucosos tornam-se debilissimos, os tendinosos faltam, o idio-muscular é muito vivo."

A formula de Agostini será talvez a mais perfeita, attento o facto de ter sido elle quem melhor estudou os reflexos, á luz dos modernos conhecimentos.

Demais, os trabalhos de Crocq confirmam-na plenamente.

Quaes são as deducções clinicas a serem tiradas desses factos? Muito importantes e bem assentadas já estão ellas: vejamol-as.

A abolição dos reflexos patellares, unida a uma psychose na media edade (35 a 45 annos), depõe quasi sempre em favor de uma paralysia progressiva, diz Fuhrmann.

As irregularidades dos reflexos rotulianos, affirma Tanzi, representam por sua grande frequencia e por sua precocidade habitual um precioso criterio para o diagnostico da paralysia progressiva, signal não menos importante que os phenomenos pupillares.

Por seu lado Bianchi nos ensina que a depressão psychica, com um certo gráo de *estupidez* e abolição dos reflexos patellares de um ou dos dois lados, constitue um syndromo caracteristico da demencia paralytica. Seppilli e Beatley attestam esta asserção.

Não será preciso irmos adiante na demonstração de que o estudo dos reflexos na paralysia geral é de um grande valor. Diremos sómente que este valor mais se accentua quando se tem de fazer o diagnostico diffe-

rencial entre os diversos *estados paralyticos* e estados semelhantes da neurasthenia, de hysteria, da epilepsia, da pseudo-paralysia alcoolica, da psychose maniaco-depressiva (phase de depressão, sobretudo), da demencia precoce e, principalmente, da tabes em começo. Para este caso então o exame dos reflexos tendinosos é de summo interesse, attento o facto de que é no começo de suas manifestações que se torna preciso e difficil o diagnostico differencial entre a tabes e a paralysia progressiva. Esta produz o exagero dos reflexos; aquella, a sua abolição.

O estado dos reflexos é variavel na *epilepsia*, conforme se os explora immediatamente antes ou depois dos accessos, ou no intervallo que os separa.

Na loucura epileptica, durante a mór parte do tempo, os reflexos mucosos e cutaneos são fracos; os musculares e tendinosos, muito fortes.

Após o accesso os reflexos cutaneos e mucosos são diminuidos; os tendinosos e musculares exagerados (G. Ballet).

Agostini diz exactamente o mesmo, notando mais que póde haver abolição dos reflexos cutaneos e mucosos após os accessos.

O prof. Julio de Mattos, falando dos phenomenos physicos post-accessuaes na epilepsia, assim se expressa:

«Do lado da motilidade ha a notar umas vezes *exagero dos reflexos tendinosos com hypertonia muscular*; outras, *diminuição* ou mesmo *abolição*. Estes phenomenos oppostos entre si, mas os mesmos sempre para

cada doente, estariam na dependencia, não da intensidade do accesso, mas das regiões corticaes em que se realisa a descarga epileptica e onde, portanto, mais se faria sentir o exhaurimento consecutivo; haveria exagero ou diminuição dos reflexos, segundo essas regiões seriam aquellas de que partem normalmente acções inhibitorias sobre o tonus muscular e sobre os reflexos, ou aquellas de que partem acções excitantes (Lugaro).»

Examinamos 9 doentes epilepticos, sob esse ponto de vista, e os resultados por nós obtidos vão expressos no quadro abaixo.

QUADRO IV

Estado dos reflexos.	Patellar		Achill.		Olecran.		Plantar		Cremast.		Abdom.	
	Prox. at.	Intervallo	Prox. at.	Intervallo	Prox. at.	Intervallo	Prox. at.	Intervallo	Prox. at.	Intervallo	Prox. at.	Intervallo
Augmentados.	6	4	5	4	3	1	1	1	1	2	5	2
Normaes.	0	2	2	1	4	5	2	2	0	0	2	1
Diminuidos.	2	1	1	3	1	3	5	4	3	5	1	4
Abolidos.	1	2	1	1	1	0	1	2	3	0	1	2

O nosso exame importou sobre 7 homens e duas mulheres. Alguns desses doentes (5) eram sujeitos a ataques frequentes; os outros tinham suas crises mais ou menos espaçadas, sendo que um não teve mais de

trez ataques durante dous annos que o observamos. Esta nota vem servir para o esclarecimento do quadro acima.

Por elle vamos chegar á conclusão seguinte:— os reflexos patellares e achilleanos são o mais das vezes augmentados, tanto nas proximidades (antes e depois), como no intervallo dos accessos; o olecraneano é commummente normal, o plantar e o cremasteriano, quasi sempre diminuidos, ás vezes abolidos; o abdominal augmentado nas proximidades dos accessos, diminuido nos intervallos.

Como vemos, os nossos resultados concordam em quasi tudo com os de Agostini; apenas ha discordancia quanto aos reflexos abdominal e olecraneano.

E' possivel que isto dependa, quanto ao reflexo olecraneano, do facto de não ter sido elle explorado nos casos de Agostini.

Quanto ao reflexo abdominal, não sabemos interpretar a discordancia, mas podemos garantir a veracidade das nossas observações.

O valor clinico tirado do estudo dos reflexos na epilepsia é facil de se conhecer; basta comparar as modificações reflexas aqui, com as observadas nas outras psychoses (alcoolismo chronico, paralysia geral, etc.).

No tocante ao alcoolismo chronico, o facto avulta em importancia, uma vez que é commum entre nós o syndromo epileptico (ataques epileptiformes) nos alcoolistas.

Ainda aqui temos de observar que a farmula reflexa da epilepsia modifica-se quando os doentes se acham em uso da medicação bromurada, havendo moderação

dos reflexos, o que constitue uma certeza sobre a acção do medicamento.

O estado dos reflexos tendinosos e cutaneos na *hysteria* tem dado logar a vivas discussões e o accordo ainda não se fez sobre o assumpto.

Na hysteria, diz H. Roger, os reflexos cutaneos são muitas vezes fracos ou abolidos, mas o seu estado não póde servir para o diagnostico entre a lesão e a nevrose. Os reflexos tendinosos não são sempre normaes na nevrose; sua abolição é muito rara, seu exagero, leve ou medio, é frequente e póde tambem ser accentuado. O exagero dos reflexos localisado sobre os membros attingidos de perturbações motoras e realisando ás vezes um quadro espasmodico, não permitte excluir a nevrose.

Babinski não admitte, de forma alguma, que os reflexos possam ser modificados pela hysteria de um modo apreciavel e diz que, quando o facto parece existir, é que na realidade nos encontramos em face de manifestações hystero-organicas. Sua opinião se estende aos reflexos tendinosos, como aos cutaneos.

Segundo G. Lessa, assiste a Babinski toda a razão. Diz ter examinado um crescido numero de pithiaticos, não havendo encontrado um caso só em que os reflexos tendinosos fossem verdadeiramente exagerados ou abolidos.

Para elle o prof. Crocq engana-se quando dá a elevada média de 84.12 por cento para o exagero dos reflexos tendinosos na hysteria.

O engano proviria de que o Prof. Crocq não faz differença entre a *fortidão* e o exagero dos reflexos, fortidão aliás observada em individuos normaes ou simplesmente nervosos.

Quanto aos reflexos cutaneos, menos o de Babinski, não se deve emprestar grande importancia á sua alteração. A presença do signal de Babinski obriga-nos a pensar n'uma alteração dos feixes pyramidaes.

De modo algum podemos subscrever o que diz o Dr. Lessa, a não ser na parte referente ao signal de Babinski.

Achamos improcedente a sua allegação contra o prof. Crocq, uma vez que não é tão facil a uma pessôa experimentada confundir uma *simples fortidão* com um exagero.

O proprio Babinski não foi a tanto, dizendo apenas «estar convencido de que nos casos de exagero dos reflexos deve existir antes uma associação hystero-organica».

A nossa opinião é que o Dr. Lessa, imbuido nas idéas de Babinski e preconcebendo o facto de não poder encontrar exagero dos reflexos na hysteria, encontrava antes a fortidão.—E mesmo não sabemos que differença possa existir entre a fortidão *pronunciada* e o exagero.

O certo é que em nossas observações, raras embora, achamos não só o exagero, mas a abolição dos reflexos, o que se póde ver no quadro abaixo.

QUADRO V

Estado dos reflexos	Patellar	Achill.	Olecran.	Plantar	Cremast.	Abdom.
Exagerados.	4	3	0	0	—	1
Normaes.	1	1	4	3	—	3
Diminuidos.	0	1	2	1	—	0
Abolidos.	1	1	0	2	—	2

O interessante é que, ao contrario do Dr. Lessa, encontramos o exagero dos reflexos tendinosos como regra nas 6 doentes por nós observadas. Convem notar que tivemos o maior cuidado em não «confundir o exagero com a fortidão.»

Em vista da exiguidade de nossas observações sobre assumpto tão controvertido, achamos melhor não dar uma formula para as modificações reflexas na hysteria, considerando-as variaveis.

O facto é, porém, que ellas nos forneceram alguns ensinamentos, dentre os quaes figura em primeira linha a certeza de que póde haver abolição do reflexo rotuliano na hysteria.

Como vimos em outro ponto, o prof. Déjerine acha que *nunca* este facto é possivel.

Ora, uma das nossas observadas, evidentemente por-

tadora de hysteria pura, tinha a abolição dos reflexos patellares.

Estavamos convicto de ter sido o primeiro a constatar tal phenomeno, quando lemos uma nota de Wohlwill que veio confirmar a nossa opinião. Este autor apresenta uma observação de u'a menina de 12 annos, tendo crises de hysteria, na qual notou a abolição e depois o reapparecimento dos reflexos tendinosos dos membros inferiores. Não havia absolutamente syphilis nos antecedentes e a puncção lombar deu um liquido cephalo-rachidiano normal. Wohlwill conclue pela possibilidade da abolição dos reflexos tendinosos no curso da hysteria.

O valor clinico do estado dos reflexos na hysteria póde ser posto em evidencia pela comparação das suas modificações com as constantes das formulas reflexas de outras molestias.

O principal reflexo a explorar é o signal de Babinski, nos casos de paralysias suspeitas de hysteria. A sua presença, diz Babinski, obriga-nos a excluir o diagnostico de hysteria pura.

Esta é a opinião geralmente aceita e é a que abraçamos, em vista de termos constatado a sua veracidade.

Para concluir lembraremos que Teissier chama a attenção sobre a dissociação dos reflexos tendinosos e cutaneos na hysteria e sobre a sua importancia semiologica. Nada conclue, porém, quanto á genese do facto.

Nós encontramos essa dissociação em quasi todas

as nossas observadas, pelo que concluimos egualmente pelo seu valor real.

Na *demencia senil* a exploração dos reflexos vem servir para differencial-a dos estados demenciaes em que terminam as psychoses passadas á chronicidade.

Os resultados por nós obtidos no exame feito sobre 9 doentes (5 homens e 4 mulheres) foram os seguintes:

QUADRO VI

Estado dos reflexos	Patellar	Achill.	Olecran.	Plantar	Cremast.	Abdom.
Augmentados.....	0	0	0	3	0	3
Normaes.......	3	4	5	4	5	3
Diminuidos......	5	4	2	1	0	1
Abolidos.......	1	1	2	1	0	2

Por este quadro vemos que os reflexos tendinosos são o mais das vezes diminuidos ou normaes; os cutaneos, normaes e, ás vezes, augmentados.

O Dr. Fuhrmann dá como norma o exagero dos reflexos tendinosos na demencia senil, o que vem em desaccordo com as nossas observações.

A razão disto reside provavelmente em que os nossos

observados eram doentes já muito antigos no Hospicio, tendo soffrido ataques de molestias intercorrentes, alguns mesmo tendo sido victimas do beriberi.

Entretanto, o prof. Julio de Mattos vem dar-nos alguma razão, quando escreve que os reflexos se exageram pela invasão da demencia, podendo ser diminuidos nos estados demenciaes avançados.

Ora, não é absurdo pensar que as observações de Fuhrmann versaram sobre dementes ainda não muito antigos, attento o facto de que provavelmente foram ellas tomadas na occasião de entrada dos doentes, ao ser firmado o diagnostico.

Assim pois, pensamos que na demencia senil, como na demencia precoce, o estado dos reflexos tendinosos varia com o evoluir da molestia.

Quanto aos reflexos cutaneos, a sua normalidade sendo a regra, temos em sua exploração um bom meio para distinguir a demencia senil dos outros estados demenciaes secundarios.

Nestes, segundo Agostini, ha exagero dos tendinosos e diminuição dos cutaneos e mucosos.

Na *idiotia* e na *imbecilidade* é geralmente admittido que os reflexos são exagerados. E' a formula de Agostini.

O quadro abaixo dá o resultado de nossas observações.

QUADRO VII

Estado dos reflexos.	Patellar		Achill.		Olecran.		Plantar		Cremast.		Abdom.	
	Idiotia	Imbec.	Idiotia	Imbec.	Idiotia	Imbec.	Idiotia	Imbec.	Idiotia	Imbec.	Idiotia	Imbec.
Exagerados.....	4	3	4	3	3	2	4	3	1	2	1	2
Normaes.......	0	0	0	0	1	1	1	0	2	0	2	0
Diminuidos......	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0
Abolidos.......	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Examinamos 5 idiotas e 3 imbecis; e, senão fizemos quadro á parte, foi porque o numero de doentes era muito pequeno e mesmo porque tivemos em vista a estreitissima relação entre as duas psychoses congenitas.

A formula reflexa tirada do quadro acima póde ser expressa do modo seguinte:—os reflexos tendinosos e cutaneo plantar são quasi sempre exagerados, tanto na idiotia como na imbecilidade; os cutaneos, cremasteriano e abdominal, são normaes ou diminuidos na imbecilidade, o mais das vezes.

Tanzi fáz notar que a desegual intensidade dos reflexos rotulianos nos dous lados, na imbecilidade, é o indice de uma pregressa cerebropathia infantil extincta, causa da molestia.

N. Casillo diz que o phenomeno de Babinski se

encontra em 5o/o dos idiotas, como em todas as molestias mentaes tendo uma lesão anatomo-pathologica certa. O facto é dependente de lesões dos feixes pyramidaes.

O signal dos artelhos não foi por nós encontrado nos idiotas ou nos imbecis. Aliás bem raramente o encontramos no decurso de nossas observações.

Na *neurasthenia* é de regra o exagero dos reflexos tendinosos, com a normalidade ou diminuição dos cutaneos.

As psychoses degenerativas trazem o exagero de todos os reflexos, maximé dos tendinosos.

Estas formulas, tiradas do exame feito em 3 degenerados e 4 neurasthenicos, vão expressas em um quadro commum.

QUADRO VIII

Estado dos reflexos.	Patellar.		Achill.		Olecran.		Plantar.		Cremast.		Abdom.	
	Neurasth.	Degener.	Neurasth.	Degener.	Neurasth.	Degener.	Neurasth.	Degener.	Neurasth.	Degener.	Neurasth.	Degener.
Augmentados....	3	3	4	3	2	3	0	2	0	2	0	3
Normaes.......	1	0	0	0	2	0	2	1	3	1	2	0
Diminuidos......	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0
Abolidos.......	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0

Este quadro discorda um tanto do de Agostini que dá como norma o exagero de todos os reflexos na neurasthenia.

Giuseppe Severino, em pesquizas feitas sobre 75 neurasthenicos, encontrou o exagero dos reflexos tendinosos (66 à 92°/o) de par com a diminuição ou abolição dos reflexos cutaneos, maximé do cremasteriano (70°/o). Diz que estes factos objectivos são de real valor para o diagnostico da neurasthenia e que esse antagonismo acha sua explicação, naturalmente, na diversidade de vias seguidas pelas duas ordens reflexas.

Deixamos sem commentario a opinião de Severino, em vista da deficiencia de nossas observações nesse sentido. E' provavel, porem, que elle tenha razão.

As modificações reflexas na *paranoia* não prestam, confessamos, grande auxilio para o seu diagnostico, se as considerarmos em absoluto. Comparando-as, porém, ás das outras psychoses, vemos que ellas são um bom adjuvante para o diagnostico differencial.

Nos trez doentes que observamos, os reflexos se apresentavam do seguinte modo:—tendinosos e cutaneo plantar, exagerados em todos os trez casos; cremasteriano e abdominal, normaes em dois; abdominal, augmentado em um.

Os autores não se occupam dos reflexos na paranoia, pelo que não conhecemos casos alem dos trez que mencionamos acima.

No grupo das *psychoses endocrinicas* observamos um

unico exemplar, uma doente mixedematosa. O exame dos seus reflexos revelou:—o exagero dos patellares, achilleano e plantar; normalidade do olecraneano e do abdominal.

Dentre as psychoses não observadas entre nós a unica em que os reflexos tendinosos e cutaneos teem sido bem estudados é a *pellagra.*

Todos os autores dão como regra o exagero dos reflexos tendinosos nessa molestia.

Agostini estabeleceu uma formula constante, assim expressa:—os reflexos cutaneos e mucosos, diminuidos; tendinosos e idio-muscular, exagerados. Na *exaltação maniaca* da pellagra ha normalidade de todos os reflexos.

*

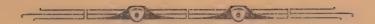
Aqui findou o nosso estudo sobre os reflexos tendinosos e cutaneos nos alienados. Em vista da falta absoluta de casos outros de observação no campo onde desenvolvemos a nossa actividade e mào grado o nosso esforço e bôa vontade, não foi possivel irmos adiante.

Forçoso è confessar que o nosso trabalho è pobre, muito pobre mesmo: nem outra cousa se poderia esperar do seu autor.

Dizer, porém, que é de todo destituido de valor, não è exprimir a verdade.

Procuramos dar-lhe um cunho essencialmente pratico; fugimos das theorias, do terreno das hypotheses, e fomos elaboral-o no campo da realidade—a observação e a clinica; dahi o seu valor, pequenino embora.

Foi para os praticos que o fizemos, despretenciosamente simples, á custa de uma grande somma de esforço e bôa vontade.

Possa elle ser-lhes util, como a nós proprio já o tem sido, e estaremos plenamente recompensado.—«Os nossos julgadores que digam se o podemos conseguir.»

CONCLUSÕES

Do estudo que deixamos feito podemos tirar as seguintes conclusões:

1ª.) A exploração dos reflexos tendinosos e cutaneos é imprescindivel do exame somatico dos alienados.

2ª.) Os reflexos cutaneos teem uma importancia egual á dos tendinosos.

3ª.) As modificações reflexas interessam sob o duplo ponto de vista da intensidade e da forma.

4ª.) Ellas fornecem dados de valor para o diagnostico das psychoses.

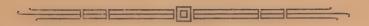
5ª.) Em geral todas as psychoses modificam os reflexos de uma maneira mais ou menos constante.

6ª.) Existem formulas certas para essas alterações na demencia paralytica, na epilepsia, na psychose maniaco depressiva, na demencia precoce e no alcoolismo chronico.

7ª.) Os syndromos reflexos da demencia precoce e da paralysia geral, quando unidos a outros symptomas, são pathognomonicos.

8ª.) Na hysteria pura é possivel a abolição dos reflexos tendinosos, sendo frequentes as suas modificações.

9ª.) E' injusto o abandono em que tem sido deixado o estudo dos reflexos nos alienados.

10ª.) Como em neuropathologia, deve elle occupar um logar saliente na propedeutica das molestias mentaes.

BIBLIOGRAPHIA

(Relação das principaes obras consultadas)

C. Regaud—Les terminaisons nerveuses et les organes nerveux sensitifs de l'appareil locomoteur. Paris. 1907.

A. Rochas. L'exteriorisation de la motricité. Paris. 4.e édit. 1906.

P. Sollier—Guide pratique des maladies mentales. (Séméiologie-pronostic-indications). Paris. 1893.

Eug. Tanzi Trattato delle malattie mentali. Milano. Societá Ed. Libraria. 1905.

E. Tramonti. Guida alla diagnosi delle affezioni del sistema nervoso. Roma. 1909.

C. Agostini—Manuel de psichiatria. Milano. Vallardi 1897.

Dejerine—Séméiologie des réflexes. (Traité de pathologie générale-vol. 5). Paris, 1901.

H. Dufour—Séméiologie des maladies du système nerveux. Paris Doin, 1907.

E. Kraepelin—Trattato de psichiatria. Milano. 7.a edz. 1907.

E. Régis—Précis de psychiatrie. 3.e édition. Paris. O. Doin (Coll. Testut).

Krafft—Ebing—Traité clinique de psychiatrie. Trad. 5e édition allem. Paris, 1907.

J. de Mattos—Elementos de psychiatria. Porto, 1911.

G. Ballet—Traité de pathologie mentale. Paris. 1903.

M. Fuhrmann—Diagnosi e prognosi delle malattie mentali. Trad. Milano. 1908.

Morat et Doyon—Traité de physiologie. Paris. 1902.

E.Gley—Traité élémentaire de physiologie. Paris. 1910.

Van Gehuchten—Réflexes cutanés e réflexes tendineux. XIII congrès international de Médecine. Section de Neurologie et Psychiatrie. Paris. 1900.

G. H. Roger—Introduction á l'étude de la Médecine. 4.e édition. Paris. 1909.

M. Fleury—Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux. Paris. 1904.

Tomas et Dejerine—Maladies de la moelle epinière (Nouveau traité de Médecine et de thérapeutique de Brouardel-Gilbert-Toinot. vol. 34). Paris, 1909.

Dr. M. Pinheiro de Andrade—Do reflexo pharingêo nos alienados. These inaugural, Rio. 1907.

Revue neurologique—Organe officiel de la société de neurologie de Paris. Paris. 1905 a 1909.

L'encéphale. Journal de neurologie et de Psychiatrie. Paris. 1907 a 1911.

Rivista sperimentale di Freniatria e di Medicina legale. 1907 a 1909.

G. Lessa—Sobre alguns reflexos no pithiatismo. (Archivos brazileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina legal.) N.os 1 e 2. Rio. 1909.

Babinski—Diagnostic de l'hemiplegie. Comptes rendus. XIII congrès international de Médecine. Paris. 1900.

Eulenburg-Kolle—Trattato de diagnostica medica. Milano. 1906.

Palasse de Champeaux—Manuel de séméiologie médicale. Paris. 1905.

A. Rémond—Précis des maladies mentales. Paris. 1904.

G. Weygandt—Atlas-manuel de psychiatrie. Trad. Paris. 1904.

Rogues de Fursac—Manuel de psychiatrie. Paris. 1905.

J. Roux—Diagnostic et traitement des maladies nerveuses. Paris. 1901.

Grasset—Diagnostic des maladies de l'encéphale et de la möelle. Paris. 1908.

B. Roxo—Molestias nervosas e mentaes. Rio. 1906.

Bianchi—Trattato de psichiatria ad uso dei medici e degli studenti. Napoli. 1900.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

Ao genero *cinchona* da familia das rubiaceas pertence a quina.

II

Suas variedades empregadas em medicina são: a vermelha, a cinzenta e a amarella.

III

O seu alcaloide—a quinina, segundo as doses, excita ou modera a reflectividade nervosa.

CHIMICA MEDICA

I

A strychnina é um corpo solido, inodoro, muito amargo, insoluvel no ether, pouco soluvel na agua fria e no alcool, soluvel no chloroformio.

II

Forma diversos saes, sendo o sulfato o mais importante.

III

Muito empregada em medicina, é o melhor excitante do poder reflexo do systema nervoso.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

A substancia branca da medulla espinhal é constituida por trez cordões: anterior, posterior e lateral.

II

O cordão lateral comprehende cinco systemas:

feixe cerebelloso directo, pyramidal cruzado, de Gowers, lateral profundo e feixe restante do cordão lateral.

III

Segundo van Gehuchten, as vias cortico-espinhal e rubro-espinhal, vias conductoras da ordem reflexo-motora, descem no cordão lateral da medulla onde ambas são formadas de fibras cruzadas.

HISTOLOGIA

I

O neuronio é a cellula nervôsa munida de todos os prolongamentos que della partem.

II

Comprehende trez partes: o corpo cellular, o cylindroeixo e os prolongamentos protoplasmicos.

III

E' ao nivel das articulações dos prolongamentos nervosos que se faz a transformação da excitação sensitiva ou centripeta em excitação motora ou centrifuga.

BACTERIOLOGIA

I

O tetanos é uma molestia infecto-contagiosa e inóculavel, devida ao bacillo de Nicolaier.

II

Este se fixa no ponto de penetração e actua á distancia pelas suas toxinas.

III

Exercem ellas sobre a cellula nervosa o seu poder, produzindo notavel exagero dos reflexos.

PHYSIOLOGIA

I

O systema nervoso é a séde de duas ordens de phenomenos, conforme as *impressões* sejam ou não *percebidas.*

II

Quando ha percepção, isto é, quando intervem a consciencia, chama-se phenomeno voluntario ou consciente.

III

Quando, ao contrario, a percepção não entra em jôgo, ha o acto reflexo puro, ou acção reflexa propriamente dita.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

O bromureto de potassio nos epilepticos deve ser administrado sem interrupção, salvo excepções muito raras.

II

A elle deve ser associado um antiseptico, de preferencia o benzoato de sodio, afim de regularisar a sua absorpção e evitar erupções cutaneas.

III

E' um moderador dos reflexos e sua acção sobre a pupilla fornece signaes que servem para estabelecer a *dose sufficiente.*

CLINICA PROPEDEUTICA

I

O exame dos reflexos tendinosos e cutaneos é um excellente meio propedeutico.

II

Nas molestias nervosas adquire elle uma importancia consideravel.

III

Na tabes, por exemplo, offerece ás vezes signaes de certeza para o seu diagnostico.

CLINICA SYPHILIGRAPHICA E DERMATOLOGICA

I

As gommas circumscriptas das meninges apresentam um tamanho variavel.

II

Quando attingem dimensões consideraveis, produzem compressões á maneira dos tumores cerebraes.

III

O diagnostico topographico dessas lesões póde ser facilitado pelo exame dos reflexos.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

A intervenção curativa nos tumores cerebraes consiste na trepanação com extirpação do tumor.

II

Para isto é preciso que se determine a natureza e a séde exacta da neoplasia.

III

Ao lado de outros meios, a exploração dos reflexos auxilia essa determinação.

PATHOLOGIA MEDICA

I

Os principaes symptomas do beriberi são os de uma nevrite peripherica, começando de ordinario pelos membros inferiores.

II

Ella attinge, separada ou simultaneamente, as fibras motoras, sensitivas, vaso-motoras, secretorias ou trophicas.

III

As modificações que soffrem os reflexos musculares e cutaneos devem ser collocadas entre os mais precoces signaes do beriberi.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Kalbaum, em autopsias feitas sobre sete catatonicos encontrou congestão com exsudação de todos os vasos encephalicos e amollecimento do cortex cerebral.

II

Mais tarde notou a retracção e a atrophia do tecido amollecido e organisação do exsudacto, com aspecto escuro da arachnoidéa, principalmente ao nivel da base.

III

Essas lesões justificam, ao menos em parte, as modificações reflexas tão communs na demencia precoce.

CLINICA CIRURGICA (2.ª CADEIRA)

I

A anesthesia cirurgica é a que se provoca por

meio dos anesthesicos geraes e locaes, afim de se fazerem as operações sem dôr.

II

O anesthesico geral mais empregado entre nós é o chloroformio, moderador da reflectividade nervosa.

III

Para que a anesthesia geral pelo chloroformio seja exempta de perigos, o pratico deve conhecer bem certas regras e pol-as em execução.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

A irite é a inflammação da iris, revestindo formas diversas devidas á etiologia variavel e aos detalhes anatomo-pathologicos.

II

Seus symptomas podem ser objectivos e subjectivos; dentre os primeiros deve-se notar a mudança de côr da iris e o aspecto turvo do humor aquoso.

III

Como signal de começo deve ser tida em conta a preguiça do reflexo iriano.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

Na secção intra-craneana do trigemeo deve-se respeitar sempre o 1° ramo, ou nervo ophtalmico.

II

A exerese deste nervo expõe a lesões graves dos seios cavernosos e do globo ocular.

III

Os reflexos pupillares serão abolidos, havendo myosis permanente, devida á secção dos filetes sympathicos irido-dilatadores.

ANATOMIA MEDICO—CIRURGICA

I

A região masseterina contem um unico musculo—o masseter.

II

O orgão principal dessa região é o prolongamento anterior da parotida, munido de seu canal excretor, o canal de Stenon.

III

A contractura permanente do masseter traz a constriccão das maxillas, ou *trismus*; a percussão do seu tendão inferior produz uma contracção rapida e brusca, chamada *reflexo masseterino.*

THERAPEUTICA

I

A electrotherapia é um dos bons processos dentre os innumeros aconselhados para o tratamento da hysteria.

II

Pode ser empregada, segundo os casos, sob qualquer de suas formas: galvanisação, faradisação, francklinisação.

III

O estado dos reflexos indica o momento em que se deve empregar tal ou qual forma.

CLINICA CIRURGICA (1ª CADEIRA)

I

A thyroidectomia é a extirpação total ou parcial da glandula thyroide.

II

Quando total, é uma operação muito séria que expõe o paciente a accidentes gravissimos, quer proximos, quer tardios.

III

Entre estes nota-se o syndromo da insufficiencia thyroidiana, em que são de regra as perturbações reflexas.

CLINICA MEDICA (2.ª CADEIRA)

I

A pneumonia é u'a molestia infectuosa, de começo brusco e apparatoso, suscitada no pulmão pelo pneumococus de Talamon e Fränkel.

II

Inicia-se por um frio intenso e unico, seguido de calor e febre, ardor no peito, vomitos e uma *pontada* aguda e pungente no lado.

III

Como todas as affecções febris em começo, a pneumonia produz o exagero dos reflexos.

CLINICA PEDIATRICA

I

A paralysia infantil começa o mais das vezes por um syndromo febril sem caracter nitido.

II

Pode entretanto sobrevir sem a precedencia de reacção geral.

III

A paralysia é *flasca*, trazendo diminuição dos reflexos tendinosos. Os esphincteres são poupados.

OBSTETRICIA

I

Os accessos eclampticos são caracterisados por crises convulsivas e tonicas, acompanhadas de perda da sensibilidade e intelligencia, com ou sem febre.

II

O ataque de eclampsia comprehende trez periodos: periodo de invasão, periodo de convulsões tonicas, periodo de convulsões clonicas.

III

No primeiro periodo as pupillas perdem a reflectividade á luz; no segundo, ha exagero dos reflexos tendinosos.

HYGIENE

I

A prophylaxia da peste é muito complexa e comprehende uma série de medidas, até de ordem internacional.

II

Em tempo de epidemia é indispensavel que todos os casos suspeitos de molestia sejam levados ao conhecimento das autoridades sanitarias.

III

Estas devem logo procurar estabelecer o diagnostico, recorrendo aos diversos meios para isto apontados: exame dos symptomas geraes e locaes (não esquecendo o dos reflexos) e o exame bacterioscopico.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

O exame do globo ocular fornece para a constatação da morte numerosos signaes de valor.

II

São de duas especies estes signaes: vitaes ou agonicos e cadavericos.

III

Notam-se como principaes: dilatação da pupilla, abolição do reflexo á luz, transparencia da cornea e da conjunctiva e parada da circulação capillar da retina.

CLINICA MEDICA (1.ª CADEIRA)

I

A *raiva*, molestia virulenta propria ao cão e ao gato, cuja mordedura a transmitte ao homem e a outros animaes, produz notavel exagero dos reflexos.

II

Consiste em uma perturbação profunda da inervação, attingindo ao mesmo tempo sensibilidade e o movimento.

III

Uma vez declarada, a morte é inevitavel, não se conhecendo um só caso de cura no homem.

CLINICA OBSTETRICA E GYNEÇOLOGICA

I

Para o diagnostico das affecções gynecologicas o interrogatorio tem grande valor.

II

Deve versar sobre os antecedentes uterinos, symptomas geraes, differentes apparelhos, catamenio, symptomas locaes.

III

Sobre o systema nervoso indaga-se da frequencia de crises nervosas, da emotividade, do estado da sensibilidade geral e dos reflexos, etc.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

Na demencia precoce o exame dos reflexos tem consideravel valor.

II

O modo de producção destes é mais importante que as variações de sua intensidade.

III

O sygnal de Maillard é quasi pathognomonico da demencia precoce.

Visto

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, em 5 de Novembro de 1912.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles